

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico
I (Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)**



TESIS DOCTORAL

**Personalidad, género y vulnerabilidad a la depression
(Women and vulnerability to depression: some personality and clinical
factors)**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Sheyla Villanueva Cuevas

Directores

**Rosario Martínez Arias
Jesús M^a Carrillo Esteban**

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO
PSICOLÓGICO I (PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y PSICOLOGÍA CLÍNICA)



TESIS DOCTORAL
PERSONALIDAD, GÉNERO Y VULNERABILIDAD A LA DEPRESIÓN

(Women and Vulnerability to Depression: Some Personality and Clinical Factors)

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Sheyla Villanueva Cuevas

Directores

Rosario Martínez Arias y

Jesús M^a Carrillo Esteban

Madrid 2015

Agradecimientos

A Dios y a la Virgen por darme esta oportunidad de conocer más acerca de la naturaleza humana y ponerla al servicio de mis semejantes.

A mi familia, mi esposo, mis hijos y mis amorosos padres, por su apoyo, respeto y gran comprensión. A mi hermano y suegros, por sus palabras de aliento y oraciones, que brindaron alegría y calma en este largo camino.

A todos aquellos amigos que siempre me animaron y especialmente a Juani y Chema, amigos de la vida que me ayudaron a concretar este objetivo.

A la Universidad Complutense de Madrid por recibirme y abrirme las puertas del conocimiento. También a la ciudad por acogernos.

Al Estado de Chile por creer en mis capacidades.

A quienes colaboraron en el desarrollo de esta tesis, mis profesores y tutores: Jesús María Carrillo Esteban y Rosario Martínez Arias.

Y un especial agradecimiento a Jesús Sanz y María Paz García Vera, por facilitar parte importante de su trabajo, en pro de esta investigación. También a Isabel Calonge, coordinadora del programa de doctorado, por su gran disponibilidad.



“Yo no nací en un hogar donde hay estereotipos. Así que fue muy útil ya que me dio la sensación de posibilidades, de volar, si se me permite decirlo, de hacer que mis esperanzas y sueños se conviertan en realidad”

*Michel Bachelet Jeria,
Presidenta de la República de Chile*

INDICE

Summary.....	10
Resumen	14
1 Introducción:	
1.1 Justificación e importancia del tema.....	18
Prevalencia de la depresión en el mundo.....	18
Relevancia del problema.....	22
1.2 Antecedentes y estado actual del tema.....	26
1.3 Justificación del ámbito de investigación elegido.....	30
1.4 Objetivos de la investigación.....	35
1.4.1 Objetivos específicos.....	37
2 Personalidad, género y vulnerabilidad	
2.1 Género y depresión.....	38
2.2 Personalidad.....	40
2.3 Conducta anormal.....	41
2.4 Depresión.....	49
3 Vulnerabilidad a la depresión.....	54
4 Método de investigación e hipótesis propuestas	
4.1 Formulación del problema.....	58
4.2 Hipótesis.....	60
4.3 Diseño.....	62
4.4 Participantes.....	63
4.5 Procedimiento.....	64
4.6 Instrumentos de medida	
4.6.1 Inventarios de Personalidad aplicados en muestra española: EPQ-A y NEO-PI	66
1- Cuestionario de personalidad adultos (EPQ-A) (Eysenck, H..J. y Eysenck, S.B.G, 1986) TEA Ediciones.....	66
2- Inventario de Personalidad NEO (NEO-PI); (Costa y McCrae, 1985, Adaptación de M.D. Avia, 1990).....	67
4.6.2. Inventarios de Personalidad aplicados en muestra chilena: EPQ-R y NEO PI –R.....	69

1.-	Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-R). (Eysenck, H.J. y Eysenck S.B.G., 2008) TEA Ediciones.....	69
2-	Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R) (Costa, P. T. y McCrae, R. R. ,1999), TEA Ediciones.....	70
4.6.3	Escalas clínicas	
	Inventario de Depresión de Beck (BDI); (Beck, Rush, Show y Emery, 1979).....	72
	Cuestionario Esquizotípico (Schizotypy Questionnaire, STQ, Claridge, Brooks, 1984; versión española Carrillo y Rojo, 1999).....	76
	SCL 90-R, Cuestionario de 90 Síntomas (L. R. Derogatis). TEA Ediciones.....	77
4.6.4	Escalas de Emociones Positivas y Negativas	
	ESCALAS THARL (Dua, 1989, 1990; versión castellana de Dua y Carrillo ,1994).....	79
	Escala PULES (version experimental, Davis y Burns, 1999).....	81
	Encuesta Medición del Desempeño Social (The Social Performance Survey Schedule, SPSS; Lowe & Cautela, 1978).....	83
5	Análisis de datos.....	84
6	Resultados.	
6.1	Resultados muestra de Chile.....	86
6.2	Resultados muestra de España.....	96
6.3	Resultados muestra chilena y española.....	108
7	Discusión y Conclusiones.....	118
7.1	Limitaciones de la investigación.....	134
8	Referencias bibliográfica.....	135

Índice de Gráficas

Figura 1: Círculo vicioso de la depresión.....	52
Figura 2: modelo que explica la mayor vulnerabilidad a la depresión.....	116
Gráfico 1: Depresión (BDI) v/s Neuroticismo (EPQ-R) en muestra chilena.....	87
Gráfico 2: Depresión (BDI) v/s Subfactor de Depresión del NEO PI-R en muestra chilena.....	89
Gráfico 3: Neuroticismo del EPQ-R v/s Personalidad Esquizotípica del STQ en muestra chilena.....	94
Gráfico 4: Neuroticismo del EPQ-R v/s Personalidad Límite del STQ en muestra chilena.....	94
Gráfico 5: Depresión v/s Neuroticismo en muestra española.....	97
Gráfico 6: Depresión v/s factor de depresión del NEO PI en muestra española.....	99
Gráfico 7: Neuroticismo (EPQ-A) v/s Personalidad Esquizotípica (STA- STQ) en muestra española.....	106
Gráfico 8: Neuroticismo (EPQ-A) v/s Personalidad Límite (STB- STQ) en muestra española.....	106
Gráfico 9. Sexo v/s Depresión en muestra chilena-española.....	109

Índice de Tablas

Tabla 1.

Correlación entre puntuaciones del BDI y factores involucrados en el test EPQ-R en muestra chilena.....	86
---	----

Tabla 2.

Correlación entre puntajes de depresión del BDI y facetas del test de Personalidad NEO PI-R en muestra chilena.....	88
---	----

Tabla 3

Comparación de factores del EPQ-R según género en muestra chilena.....	90
--	----

Tabla 4	
Comparación de factores del NEO PI-R según género en muestra chilena.....	90
Tabla 5	
Comparación de facetas del NEO PI-R según género en muestra chilena.....	91
Tabla 6	
Comparación de subescalas de THARL según género en muestra chilena.....	92
Tabla 7	
Comparación de factores del Test de PULES según género en muestra chilena.....	92
Tabla 8	
Comparación de niveles de Depresión (BDI) entre Géneros en muestra chilena.....	92
Tabla 9	
Correlación entre factores del EPQ-R y Género en muestra chilena.....	93
Tabla 10.	
Correlación entre Neuroticismo del EPQ-R y Factores del test STQ en muestra chilena... ..	93
Tabla 11	
Correlación entre Factor Neuroticismo del NEO PI-R y Factores del test STQ en muestra chilena.....	95
Tabla 12.	
Correlación entre puntuaciones del BDI y factores del test EPQ-A en muestra española.....	96
Tabla 13.	
Correlación entre puntuaciones del BDI y facetas de personalidad del test NEO-PI en muestra española.....	98
Tabla 14.	
Comparación de factores del EPQ-A según género en muestra española.....	100
Tabla 15.	
Comparación de Factores de NEO- PI según género en muestra española.....	100
Tabla 16.	
Comparación de facetas del NEO PI según género en muestra española.....	101

Tabla 17. Comparación de subescalas de THARL según género en muestra española.....	102
Tabla 18. Comparación de factores del Test de PULES según género en muestra española.....	102
Tabla 19. Comparación del nivel de Depresión (BDI), según género en muestra española.....	103
Tabla 19.1. Comparación del nivel de Depresión (BDI), según género en submuestras españolas...	103
Tabla 20. Correlación entre factores del EPQ-A y Género en la muestra española.....	105
Tabla 21. Correlación entre Neuroticismo del EPQ-A y Factores del test STQ en la muestra española.....	105
Tabla 22. Correlación entre Neuroticismo del NEO PI y Factores del test STQ.....	107
Tabla 23. Comparación de factores de test de THARL en muestra chilena y española.....	108
Tabla 24. Comparación de factores de test de PULES en muestra chilena y española.....	108
Tabla 25. Comparación de niveles de depresión según BDI en muestra chilena y española.....	109
Tabla 26. Comparación muestra de mujeres chilenas y españolas (Sanz y García-Vera, 2009), según edad y nivel educacional.....	111
Tabla 27. Comparación de facetas del NEO PI-R entre mujeres de muestra chilena y española	112
Tabla 28. Comparación de Factores del NEO PI-R entre mujeres de la muestra chilena y de la muestra española	113
Tabla 29. Comparación de Factores del Test de SCL 90 –R entre mujeres de la muestra chilena y de la muestra española según país.....	113

Tabla 30.

Comparación de Nivel de habilidades sociales positivas y negativas (SPSS) entre mujeres de la muestra chilena y española.....	114
--	------------

Tabla 31.

Análisis de regresión del BDI con el género, algunos factores emocionales de la personalidad y habilidades sociales.....	114
---	------------

Tabla 32.

Correlaciones entre variables emocionales y habilidades sociales, asociadas a la depresión, presentadas en tabla anterior.....	115
---	------------

SUMMARY

Objectives

Associations between personality characteristics, gender and presence of depression, were explored, following guidelines for research of Carrillo, Rojo and Staats (2004). Personality profiles characterized by certain features were tried to find to be significantly different between men and women and which in turn were associated to a major presence of depressive symptoms. This was done in two samples of different countries and cultures separately: Chile (N= 448, 257 men (57.37%) and 190 women (42.41%) and an age range 17-65) and Spain (N = 578, 196 men (33.9%) and 381 women (65.9%), and an age range 17-67), with the purpose of providing evidence about how culture and environmental factor, shape personality from learning repertoires.

This study have been carried out trying to find significant associations between personality dimensions proposed by Eysenck (1975), in the EPQ and EPQ-R, by personality factors of the Big Five from the NEO PI and the NEO PI -R (Costa and McCrae, 1985, quoted in Carrillo et al. 2004) and other clinical variables, such as schizotypal personality features, frequency and intensity of emotions, social skills and clinical symptoms.

Methodology:

Personality characteristics were compared by gender and finally examined whether differences in personality could predict depression from the Beck Depression Inventory (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). In the results analysis was observed the influence of environment and individual aspects of personality that showed a

personality profile more vulnerable to depression and, tried to generate a contribution from learning theory was observed, specifically from the theory of personality, the psychological behaviourism (Staats, 1968a, 1971a, 1975, cited in Staat, 1997), to contribute theoretical and practical foundations for future research related to the prevention and treatment of depression, approached from this perspective.

The Chilean and Spanish samples were obtained through the snow ball technique from non-clinical population. Due to the application of the same personality tests in this research, but in different versions in the Chilean and Spanish samples respectively, both groups were taken as independent samples for analysis. It was only possible to compare one of the personality tests between countries (NEO PI-R) applied in both samples, taking the results published by Sanz and Garcia-Vera (2009), in a new spanish adaptation of NEO PI-R. The design was not experimental and correlational called (Hernández, Fernández, Baptista, 2010) was chosen because it allowed describe relationships between two or more variables at a given time, in this case between personality variables, gender and depression.

In the Spanish sample Personality Questionnaires applied were: EPQ-A and NEO PI and in Chile the EPQ-R and NEO PI-R. In both samples were applied tests like BDI, STQ and the SCL 90-R, as well as other measures of emotional characteristics as the scale of THARL, PULES and of social skills such as SPSS. A simple linear regression analysis was performed to assess the predictive value of personality, from the depression scale (BDI). Moreover, multiple regression analysis was performed in those cases where the same test factors significantly correlated with depression scores. The “t” test was used to compare means between men and women in each of the personality test.

Results and conclusions:

Finally, other specific differences in the emotional characteristics of the Chilean and Spanish samples were found. Chilean women presents a profile marked by emotional instability of Neuroticism, with intense depressive features, but does not accuse larger repertoire of negative emotional stimuli but experiences more intensely negative and then positive emotions. While the Chilean man has a greater repertoire of negative emotional stimuli, with extroverted personality characteristics (it is more assertive and experimenter of new and exciting situations). On the other hand, the Spanish woman has an emotional psychological profile characterized by neuroticism and vulnerability to stress and like Chilean women no greater repertoire of negative emotional stimuli, but feel more intensely emotions, regardless of their value.

Regarding to the possible existence of a decisive nomological network of the behaviour depression, it corroborates like in previous studies associations of personality features such as neuroticism whit levels of depression and Borderline Personality (Avia et al, 1994) in the two samples. It is worth to mention that of some personality factors correlated with gender; the neuroticism reached a very small coefficient of determination. About this, it should be understood that although women in these samples have more association with the Neuroticism factor, should not necessarily infer an inverse relationship. That is, not because in a simple exists high levels of neuroticism, let's assume that this sample consists mainly of women.

On the basis of the above findings, it is concluded that the higher prevalence of women prone to develop depressive and anxious symptoms (considering that is

characterized by behaviours associated with Neuroticism), follows the trend that owns and that was evident in the samples of both countries, to experience emotions more intensely. Therefore in future research it will be interesting to analyse this factor intensity of emotional response, whether it obeys to learnings because of modelling environment determined by the contextual and cultural factors; or by constitutional factors.

RESUMEN

En este trabajo se exploraron relaciones existentes entre las características de personalidad, género y la presencia de depresión, siguiendo la línea de investigación de Carrillo, Rojo y Staats (2004). Se intentó encontrar perfiles de personalidad caracterizados por determinados rasgos que fueran significativamente distintos entre hombres y mujeres y que a su vez se asociaran a una mayor presencia de síntomas depresivos. Esto se llevó a cabo en dos muestras de distintos países y culturas por separado: Chile (N= 448, 257 varones (57.37%) y 190 mujeres (42.41%), y un rango etario de 17-65) y España (N = 578, 196 varones (33.9%) y 381 mujeres (65,9%), y un rango etario de 17-67), con el propósito de aportar evidencia respecto de cómo afecta la cultura, como factor ambiental, en la conformación de la personalidad a partir de repertorios de aprendizajes.

Orientado a eso en el presente trabajo se intentó buscar asociaciones significativas entre las dimensiones de Personalidad propuestas por Eysenk (1975), en el EPQ y EPQ-R, por los factores de Personalidad de los Cinco grandes a partir del NEO PI y del NEO PI-R (Costa y McCrae, 1985, citado en Carrillo et al. 2004) y otras variables clínicas, como rasgos de personalidad esquizotípicos, frecuencia e intensidad de emociones, habilidades sociales y sintomatología clínica. Las características de personalidad se compararon en función del género y finalmente se analizó si las diferencias de personalidad pudieron predecir depresión a partir del Beck Depression Inventory, (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). En el análisis de los resultados se observó la influencia del ambiente y aspectos individuales de la

personalidad que evidenciaron un perfil de personalidad más vulnerable a la depresión y se intentó generar un aporte desde la teoría del aprendizaje, específicamente a partir de la teoría de la personalidad del Conductismo psicológico (Staats, 1968a, 1971a, 1975, citados en Staat, 1997), con objeto de dejar fundamentos teóricos y prácticos para investigaciones futuras relacionadas con la prevención y tratamiento de la depresión, abordados desde esta perspectiva.

Las muestras chilena y española se obtuvieron a partir de la técnica bola de nieve desde población no clínica. Debido a que en este trabajo de investigación se aplicaron los mismos test de personalidad, pero en diferentes versiones en la muestra chilena y española respectivamente, ambos grupos se tomaron como muestras independientes para el análisis de datos. Sólo fue posible comparar entre países uno de los test de personalidad (NEO PI-R) aplicado en ambas muestras, tomando los resultados publicados por Sanz y García-Vera (2009), en nueva adaptación española de NEO PI-R. El diseño fue no experimental y se escogió el denominado correlacional (Hernández, Fernández, Baptista, 2010), porque permitió describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado, en este caso entre las variables de personalidad, género y depresión.

En la muestra española los Cuestionarios de Personalidad aplicados fueron: EPQ-A y NEO-PI y en Chile el EPQ-R y NEO PI-R. En ambas muestras se aplicaron test clínicos como el BDI, STQ y el SCL 90-R, así como otras medidas de características emocionales como la escala de THARL, PULES y de habilidades sociales como el SPSS. Se realizó un análisis de regresión lineal simple para evaluar el valor predictivo de la personalidad, respecto de la escala de Depresión utilizada (BDI). Además se efectuó análisis de regresión múltiple en aquellos casos en que los

factores de un mismo test correlacionaban significativamente con los índices de depresión. Se realizó la prueba *t* para comparar medias entre hombres y mujeres, en cada uno de los test de personalidad.

Finalmente sí se encontraron diferencias específicas en las características emocionales de la muestra chilena y española. La *mujer chilena* presenta un perfil emocional marcado por la inestabilidad del Neuroticismo, con intensos rasgos depresivos, aunque no acusa mayor repertorio de estímulos emocionales negativos, si experimenta con mayor intensidad las emociones negativas y luego las positivas. Mientras el *hombre chileno* tiene un mayor repertorio de estímulos emocionales negativos, con características de personalidad extrovertidas (es más asertivo y experimentador de situaciones novedosas y estimulantes). Por otra parte la *mujer española* posee un perfil psicológico emocional caracterizado por el Neuroticismo y la Vulnerabilidad al estrés y al igual que la mujer chilena no presenta mayor repertorio de estímulos emocionales negativos, sino que experimenta con mayor intensidad las emociones, independiente de su valor.

Respecto de la posible existencia de una red nomológica determinante del comportamiento de la depresión se corrobora como en estudios anteriores asociaciones de rasgos de personalidad como el Neuroticismo tanto con niveles de depresión, como con Personalidad Límite (Avia et al, 1994) en las muestras de los dos países trabajados. Aunque cabe mencionar que al correlacionar determinados factores de personalidad con el género, el Neuroticismo alcanzó un coeficiente de determinación muy pequeño. De esto, se debe entender que si bien en estas muestras las mujeres presentan más asociación con el factor de Neuroticismo, no se debe

deducir necesariamente una relación inversa. Es decir, no porque existan en una muestra altos niveles de Neuroticismo, vamos a suponer que esta muestra está conformada principalmente por mujeres.

Dado los resultados expuestos se concluye que la mayor prevalencia de las mujeres a desarrollar cuadros depresivos y también ansiosos (considerando que se caracteriza por conductas asociadas al Neuroticismo), obedece a la tendencia que posee y que se evidenció en las muestras de ambos países, de experimentar las emociones con mayor intensidad. Por lo tanto en investigaciones futuras será interesante analizar este factor de intensidad de la respuesta emocional, visualizando si éste obedece a aprendizajes producto de la modelación del ambiente determinado por el factor contextual y cultural; o bien por factores constitucionales.

1.- Introducción

1.1.- Justificación e importancia del tema

Prevalencia de la depresión en el mundo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Depresión como un trastorno mental altamente frecuente, caracterizado por un estado de ánimo deprimido, por la pérdida de interés o placer, con intensos sentimientos de culpa o baja autoestima, con una considerable disminución de energía y trastornos del sueño o del apetito, así como por una evidente disminución y falta de concentración; señalando que es realmente un problema de salud mental que requiere ser investigado. Más aún si se considera que esta patología de salud mental puede llegar a ser crónica, o bien recurrente, llevando a quienes la padecen a desarrollar alteraciones sustanciales en sus capacidades para hacerse cargo de sus responsabilidades diarias. Cabe señalar que en los casos más graves, la depresión puede conducir al suicidio, una muerte trágica asociada con la pérdida de alrededor de 850 mil vidas cada año (OMS, 2012).

Durante el año 2012 la (OMS) reportó cerca de 350 millones de personas afectadas por la depresión; esto sin discriminar edades, ingresos, ni nacionalidades. Ubicándola entre las principales causas de discapacidad en el mundo, por el hecho de que los trastornos depresivos suelen comenzar a temprana edad, se presentan de forma recurrente reduciendo el funcionamiento de las personas y contribuyendo a la

carga mundial de la enfermedad debido a que alcanza a personas de todas las comunidades del mundo.

La misma entidad proyecta para el año 2030 que la depresión será probablemente la patología de salud mental que más contribuya a la carga de enfermedad en el mundo, superando a las patologías cardíacas, derrames cerebrales, accidentes de tráfico y VIH (WHO, 2008, citado en WHO, 2010)

Como se señaló inicialmente, al ser la depresión un trastorno del ánimo de alta frecuencia, se presenta en todos los países y culturas; así lo demuestran estudios como el de Baumeister y Härter (2007), quienes realizaron una revisión bibliográfica de estudios de prevalencia de trastornos mentales en la población general, cuyos resultados se obtuvieron a partir de la aplicación de instrumentos creados en Australia, Alemania, Holanda y Estados Unidos, cuya base fue la clasificación de las patologías según el DSM-III-R, DSM-IV o Criterios del CIE-10. Ellos observaron una mayor prevalencia de los trastornos del ánimo, en particular de la depresión mayor, sobre otros trastornos mentales, en la población general. Estos resultados fueron obtenidos en diversos países de América, Asia, Europa y Oceanía .

Pero este no es un problema de salud reciente, puesto que ya antes se habían estudiado las altas prevalencias de depresión a lo largo de la vida en la población general comparando países como Taiwan, Corea, Nueva Zelanda, Canadá, Estados Unidos, Francia, Alemania, Italia y Líbano, encontrándose las tasas de prevalencias más altas en países europeos y en el Líbano. Nueva Zelanda presentaba una prevalencia de 11,6%, Italia una de 12,4%, Francia de 16,4% y el Líbano de 19,0% (Weissman et al. 1996). En todos los países involucrados en esta investigación la

prevalencia de la Depresión fue siempre mayor en las mujeres, lo cual es apoyado por múltiples estudios epidemiológicos desarrollados en diferentes países (Bebbington, 1998; Culberston, 1997; Kessler, McGonagle y Zhao, 1994; Nolen-Hoeksema, 1990; y Wittchen y Jacobi, 2005, citados en Huckert y Krampen, 2010) . Otro estudio significativo fue el Estudio europeo de la Epidemiología de Trastornos mentales (ESEMeD), que consideró los países de Bélgica, Francia, Alemania, Italia, los Países Bajos y España. En éste se llevó a cabo una revisión de datos a partir de una muestra representativa de sujetos adultos no institucionalizados, arrojando resultados de prevalencia de depresión en los últimos 12 meses de un 3.9% y de prevalencia a lo largo de la vida de un 12.8%. A partir de esto, se concluyó que en estas poblaciones europeas existe mayor probabilidad de sufrir depresión que de otros trastornos mentales, como trastornos de ansiedad o los relacionados con el consumo de sustancias (Cano, Martín, Mae , Dongil y Latorre, 2006) .

En América Latina y el Caribe a partir de una revisión bibliográfica de estudios comunitarios, se obtuvieron índices de prevalencia media de depresión mayor en algún momento de la vida de 8.7%, depresión durante el año previo a la encuesta de 4.9% y depresión en el momento actual, 4.3%. Así como en las investigaciones anteriores, se encontró que en todos los estudios realizados la prevalencia era casi el doble en las mujeres y que la tasa de prevalencia de la depresión mayor era el doble que la de la distimia (Khon et al, 2005).

Estos datos generales, como se dijo anteriormente, se han obtenido a partir de estudios de comunidades específicas. Y debido a que los datos incluidos en estos estudios más generales han sufrido transformaciones estadísticas necesarias a la hora de conjugar múltiples estudios y obtener un único resultado, se presentan aquí

algunos valores de estudios comunitarios que pueden dar una idea más cercana a la realidad local mostrando con mayor especificidad lo relevante que puede llegar a ser el trastorno depresivo en determinadas poblaciones.

En Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), reunieron datos de 235.067 adultos de 45 estados de dicho país, recopilados entre los años 2006 y 2008. Se encontró que uno de cada 10 estadounidense adulto era afectado por la Depresión (CDC, 2010). Posteriormente en un informe publicado en marzo de 2011 por la misma entidad, se indicó que la prevalencia de la depresión actual entre los adultos estadounidenses era del 9.1% (personas que presentaban síntomas significativos durante al menos dos semanas antes de la encuesta). Otro estudio de comorbilidad realizado en Estados Unidos ya había mencionado prevalencias de depresión de 9,5% en la población general (Kessler, Chui, Demler, Merikangas y Walters, 2005, citados en Chile, Ministerio de Salud, 2006).

Específicamente en España, el mencionado proyecto ESEMeD-España, como estudio epidemiológico de los trastornos mentales, arrojó como trastornos mental más frecuente el episodio depresivo mayor, alcanzando un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida (Haro et al. , 2006). Se estimó que alrededor de un millón y medio de personas sufren este trastorno y que a lo largo de la vida, entre un 20 y 25% de las mujeres y entre un 7 y el 12% de los hombres padecerán algún episodio depresivo.

En Colombia, durante el año 2004 (Gómez-Restrepo, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondón y Díaz-Granados), los investigadores obtuvieron indicadores de depresión durante los últimos 12 meses de 10% y durante el últimos mes de 8.5%. Mientras que en México durante el 2005, también se ratificó que la depresión era uno de los

trastorno con mayor frecuencia encontrándose en el 5.8% de las mujeres y en el 2.5% de los hombres de la población nacional (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano, 2005). Así también en Chile, los resultados de la encuesta nacional de salud 2009 - 2010, reflejaron que el 17% de la población presentaba síntomas depresivos, específicamente el 8.5% de los hombres y el 25.7% de las mujeres.

En el mismo estudio se recogió a partir del autoinforme la presencia de diagnóstico depresivo alguna vez en la vida y el 9.7% de los hombres señalaron haber tenido dicho diagnóstico alguna vez, mientras que en las mujeres el porcentaje se triplicó a 33% (Chile, Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile y Universidad Alberto Hurtado, 2010). Otros indicadores del mismo país refieren que la depresión mayor afecta a un 6% de las mujeres y a un 3% de los hombres mayores de 15 años. (Chile, Ministerio de Salud, 2013).

Pero esto no se limita sólo a personas adultas en general; en Inglaterra y Gales se llevó a cabo un estudio de prevalencia en la población de adultos-mayores (de 65 años y más), y se encontraron indicadores de prevalencia de depresión de 8.7%, siendo también un trastorno más frecuente en las mujeres, con un 10.4%, mientras que en los hombres sólo un 6.5%. (McDougall et al., 2007).

Relevancia del problema

En cuanto a la relevancia de esta patología a nivel económico, la OMS (2002) entrega una visión más global todavía, cuando al referirse a las altas tasas de depresión en la población, repara en los altos costos en salud, lo que se asocia a la disminución de la productividad laboral, afectando directamente a la economía de aquellas familias que tienen un miembro que sufre una afección mental, en este caso

la depresión. Dando lugar finalmente a un empeoramiento de las condiciones de vida de este grupo de personas.

A esta desfavorable perspectiva también se agrega la estigmatización y la discriminación que sufren las personas que padecen cuadros de enfermedad mental, lo que las limita en su búsqueda de ayuda, en sus capacidades para desarrollar una actividad productiva y volver a reinsertarse en la sociedad. Esta situación de estigma y discriminación frente a los cuadros de Depresión, queda graficada en los resultados obtenidos en Turquía a través de una encuesta en la población (WHO, 2010), los que evidenciaron la existencia de una percepción generalizada de que las personas con depresión son peligrosas. Más de la mitad de los encuestados declaró que no se casaría con una persona con depresión, y cerca de la mitad declaró que no volvería a alquilar su casa a una persona con depresión. Finalmente una cuarta parte de los encuestados creían que las personas con depresión no debían estar libres en la comunidad (Chan, 2010, p. 41)

En cuanto al aspecto laboral, cabe señalar que el trastorno depresivo afecta a las personas en el periodo de vida de mayor productividad, ya que se da con mayor frecuencia en sujetos de entre 18 y 44 años, y con una mayor prevalencia entre los 25 y 34 años (Friedman y Thase, citado en Blanco, 2002).

Uno más de los aspectos relevantes de la Depresión es que en general las personas con problemas de salud mental experimentan discapacidad importante y muerte prematura producto de la prolongada exposición a factores sociales y económicos que generan mayor vulnerabilidad. Al respecto la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2010) describe que a nivel mundial las condiciones de salud

mental representan el 13% de la carga total de enfermedad y el 31% del total de años vividos con discapacidad.

A nivel mundial, más del 80% de la carga de morbilidad asociada a problemas de salud se pueden encontrar en países de medianos y bajos ingresos. En estos últimos la depresión tiene una presencia casi tan potente como la malaria (3.2% versus 4,0% del total de la carga de enfermedad). En los países de ingresos medios, la depresión es el principal contribuyente a la carga de morbilidad, lo que representa el doble de la carga del VIH / SIDA (5,1% frente al 2,6% de la carga total de enfermedad).

Revisiones sistemáticas de estudios llevados a cabo en varios países han demostrado que las personas con problemas de salud mental también son mucho más propensas que la población general a morir prematuramente; así personas con diagnóstico de depresión presentan un riesgo de muerte prematura que es 1.4 veces mayor que el esperado para la población general. Otro aspecto a considerar en cuanto a la muerte prematura es que las personas con trastornos mentales son más propensas que otras a desarrollar condiciones de salud, como diabetes, cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y enfermedades respiratorias. Incluso, de manera más específica los sujetos con cuadros depresivos y esquizofrenia presentan con mayor frecuencia conductas de riesgo, quedando más expuestos a contraer enfermedades infecciosas como el VIH, debido a una serie de factores que incluyen conceptos erróneos acerca de las vías de transmisión y de conductas sexuales de alto riesgo (Chan, M., 2010).

A esto se suma la sustancial brecha de tratamiento, entre la prevalencia de problemas de salud mental, por un lado, y el número de personas que reciben tratamiento y atención, por otra parte. (Chan, M., 2010). Se estima que menos del 50% de las personas que la padecen reciben tratamiento; esto debido tanto a la

escasez de recursos en Salud mental, lo que se traduce en abismantes diferencias entre lo que son las cargas en salud mental y los recursos disponibles para su tratamiento (Kohn et al., 2005; OMS, 2002), como debido a que si bien es un trastorno que es tratado en consultas de atención primaria, se presenta casi siempre de forma comórbida con otros trastornos, como los trastornos de ansiedad y los abusos de sustancias (Coyne, Fechner-Bates, Schwenk, 1994; OMS, 2001). Lo anterior produce una infradetección del cuadro depresivo, con una consecutiva carencia de tratamiento, ya que no se le asignan intervenciones terapéuticas efectivas para dicho trastorno específicamente (Aragones et al. 2003).

Finalmente, en el año 2000, aproximadamente un millón de personas murieron por suicidio: una tasa de mortalidad global de 16 por cada 100 mil personas, o una muerte cada 40 segundos. En el 2007, la OMS señaló que tres mil personas morían diariamente por actos autolíticos. Durante los últimos 50 años las tasas de suicidio han aumentado un 60%, lo que es más acentuado en los países desarrollados. Además los jóvenes son los que corren mayor riesgo ya que el suicidio supone una de las tres principales causas de muerte entre jóvenes de 15 a 34 años, aunque son los adultos, de 60 años y más, los que registran la mayoría de los suicidios (OMS, 2007). Si bien no todas estas tasas obedecen a una relación específica con el cuadro depresivo, las cifras de suicidio asociadas al trastorno depresivo dadas por Goodwin y Jamison (1990, citado en OMS, 2001, p.11), especifican que aproximadamente del 15% al 20% de los pacientes que sufren depresión cometen actos de autoeliminación, buscando una salida a su sufrimiento.

Visto desde la otra parte, del número total de suicidios, más del 90% están relacionados con la depresión y abuso por sustancias (OMS, 2008).

Por otra parte, si bien no todas las personas que sufren de cuadros depresivos llegan a conductas suicidas, existen factores sociodemográficos de riesgo para cometer suicidio, como ser mujer, joven, el estar conviviendo y desventajas sociales (años de estudios e ingresos familiares). Además existe comorbilidad psiquiátrica asociada a la conducta suicida, siendo la principal el padecer un cuadro de depresión, seguido por los sentimientos de culpa y/o desesperanza y un hogar desorganizado (Guibert y Alonso, 2001; Silva, Vicente, Saldivia y Khon, 2013).

A partir de los antecedente comentados, la relevancia específica del Trastorno depresivo en las personas se traduce además del riesgo suicida, en un déficit funcional, en la comorbilidad de trastornos médicos y en la privación social (McDougall, 2007).

1.2.- Antecedentes y estado actual del tema

En cuanto a la relación del género con la vulnerabilidad ante la depresión, existen varios estudios (Carrillo, Rojo y Staats, 2004; Coelho, Martinsb, Barrosb, 2002; Matud, Guerrero y Matías, 2006; Montero et al., 2004; Murakumi, 2002; OMS, 2001; Sanz y Graña, 1991), que establecen la mayor prevalencia en general de morbilidad psiquiátrica en mujeres, sin embargo en las últimas décadas este hecho se ha ido depurando y se ha visto que los problemas mentales no difieren según el género, aunque sí la frecuencia con que éstos se presentan. Siendo en las mujeres más altas las tasas de trastornos depresivos y ansiosos, mientras que en los hombres son más altas las tasas de trastornos de personalidad antisocial y abuso de sustancias (Kessler et al., 1994; Regier et al., 1988, citados en Matud, Guerrero y Matias, 2006).

Múltiples han sido los investigadores que han intentado explicar esta relación entre género y la vulnerabilidad a sufrir depresión (Matud et al. 2006; Montero et al., 2004; Murakumi, 2003). Montero et al. (2004), refieren que existen dos tipos de formulaciones teóricas generales que explicarían esta diferencia de género ante la vulnerabilidad a sufrir patologías psiquiátricas (dentro de las cuales se cuenta el trastorno depresivo): una que obedece a los *patrones constitucionales, genéticos y/o endocrinos* y la otra que se refiere a las *teorías ambientalistas que defienden la relevancia de las variables socioculturales, como son los roles y patrones de conducta* impuestos por la sociedad y que finalmente determinan cómo las mujeres y los hombres habrán de manifestar sus trastornos y la necesidad de atención.

Por su parte Matud et al. (2006), mencionan cuatro niveles más comunes desde donde se ha intentado explicar estas diferencias de género en lo que respecta a salud: el modelo biomédico, el modelo epidemiológico, el nivel social y el modelo psicosocial. El *Modelo Biomédico* explica la diferencia basándose en factores genéticos, anatómicos o fisiológicos y especialmente hormonales, atribuyéndoles a éstos aspectos el origen de la diferencia entre la salud de hombres y mujeres. Por otra parte el *Modelo Epidemiológico* intenta explicar esta diferencia de género, explorando posibles factores de riesgo a los que estamos expuestos y que podrían estar determinando dicho desequilibrio entre géneros, como la contaminación ambiental de diverso tipo, así como a determinadas conductas, como la competencia, el consumismo o el estar expuesto a determinadas situaciones, tales como la pérdida de espacios comunitarios y de identidad; delincuencia, inequidad en el acceso a servicios y oportunidades de desarrollo, discriminación por clase, género, etnia y

edad, por ejemplo (Calvin, 2001). Mientras que el Modelo basado en el *Nivel Social* estudia las condiciones de desarrollo económico, los procesos culturales, sociales, políticos y los relacionados a las políticas de salud, como aspectos centrales que generarían mayor riesgo en salud para hombres y mujeres.

Finalmente el *Modelo Psicosocial* explica las diferencias a partir de las variables como la personalidad, los estilos de afrontamiento, el sentimiento de autoeficacia, la manera de experimentar las vivencias y la capacidad de informar acerca de los signos y síntomas de los trastornos que pudiera estar experimentando el individuo.

Autores como Barnett y Gotlib (1988, citado en Sanz y Graña, 1991), desde esta perspectiva psicosocial han asociado la depresión a una mayor experimentación de eventos estresantes y a un bajo nivel de integración social, como producto básicamente de un estilo de personalidad introvertida. Otros trabajos (Montalbán, 1997; Guibert, Trujillo, 1993; Rizo, 1992, citados en Guibert y Alonso, 2001) relacionan la depresión con una reducción del círculo de intereses vitales y la presencia de sentimientos generalizados de frustración y soledad, con lo que se desarrollan posteriormente en las personas sentimientos de indefensión y culpabilidad. A esto se suma la desesperanza generalizada ante la vida, lo que vuelve a las personas incapaces de hacer frente a sus angustias vitales, abandonándose a sentimientos de rendición y asociados a la muerte. (Matusevich, 1996; Rizo, 1992, citados en Guibert y Alonso, 2001).

Por otra parte, se ha encontrado gran relación entre lo que son factores psicosociales, como el cambio de estilo de vida y la separación del núcleo familiar (Molina, Restrepo y Rico, 2005), y la producción de dinámicas psicológicas como: la subvaloración, pérdida del sentido de vida, pérdida de fe en la solidaridad de las

personas y en los apoyos grupales, el desarrollo de una percepción pesimista y rígida de los sucesos vitales que experimenta; y la transformación de éstos en factores de riesgo para el suicidio (Guibert y Alonso, 2001; Reyes y Roldan, 2001).

Un estudio realizado en Santiago de Chile (Araya, Rojas, Fritsch, 2000), donde la depresión es la segunda causa de discapacidad en la población general y la primera causa en mujeres entre 20 y 44 años (MINSAL, 2013), se encontró además de la relación de mayor prevalencia de cuadros depresivos en éstas últimas, la existencia de un mayor riesgo de padecer este trastorno en aquellas mujeres que percibían falta de apoyo social, con hijos mayores de 18 años y pérdida del compañero o pareja. Calvin (2001), señala también como grupos de mayor riesgo aquellas mujeres entre 20 y 45 años, con enfermedades crónicas o recurrentes, en periodos de post-parto, climaterio o menopausia, con varios hijos seguidos, que sufren violencia intrafamiliar, jefas de hogar y aquellas que están experimentando alguna crisis vital.

También hay investigaciones como la de Carrillo, Rojo, Sánchez-Bernardos y Avia (2001), la cual se desarrolló a partir del Modelo de los Cinco Factores y donde se buscaba analizar el rol contradictorio en la predicción de la depresión, de dos facetas del Factor “Apertura a la Experiencia”: Apertura a la fantasía y Apertura a la acción. Los resultados de esta investigación arrojaron que ambas facetas, predecían niveles de depresión, aunque contradictoriamente (la depresión se evaluaba a partir del BDI). Asociándose la faceta “Apertura a la acción” a la carencia de depresión, mientras que a “Apertura a la Fantasía” predecía depresión en las mujeres, pero no en los hombres.

En otra investigación de Carrillo et al. (2004), que ha servido como base para el presente trabajo, también se realizó un análisis de la relación entre la depresión y el género desde la perspectiva psicosocial, encontrando una red nomológica de diferencias significativas en variables de personalidad y variables clínicas como una función del género. Este estudio evidenció, según los resultados de las pruebas aplicadas, un conjunto de variables que hacen a las mujeres más vulnerables a la depresión que a los hombres. Luego planteó brevemente una explicación tentativa de los resultados teniendo como marco referencial la teoría del Conductismo Psicológico (Psychological Behaviorism, PB) (Staats, 1997, 1979). Desde esta perspectiva se podía entender la mayor vulnerabilidad de las mujeres a padecer depresión debido a que ellas presentan un aprendizaje temprano de respuestas emocionales negativas a un mayor número de situaciones de vida, a diferencia de los hombres. Lo que estaría marcando la diferencia en cuanto a rasgos de personalidad entre géneros.

1.3.-Justificación del ámbito de investigación elegido

En el presente estudio, como se mencionó anteriormente, se pretende analizar la relación entre género, personalidad y depresión desde la perspectiva psicosocial (de acuerdo a la descripción de Matud, 2006), para lo cual se procederá a evaluar qué características de personalidad vuelven más vulnerables a las mujeres a sufrir depresión. Aunque los resultados serán interpretados a partir de los constructos que le dieron origen a los test, también se pretende aportar una interpretación de estos resultados desde el enfoque del aprendizaje social de la personalidad.

Si bien se encuentran en boga las teorías genéticas de la conducta y la personalidad, con exponentes como Dean Hamer (Punset, 2012a), Kenneth Kendler, Javier Estivill y Elisabeth Vilella (Punset, 2012b), cada uno de ellos reconoce el rol del ambiente como posible detonador de determinadas expresiones genéticas de la conducta.

Siendo la psicología una ciencia que pretende el conocimiento de la conducta humana, la Psicología Clínica y de la Salud promueve que los procesos patológicos no se pueden entender exclusivamente desde un enfoque biológicos/fisiológicos, sino más bien como una red de factores multicausales (fisiológicos, contextuales y su interacción) que han consolidado una perspectiva biopsicosocial de la salud, congruente con el Modelo biopsicosocial de la OMS propuesto en 1978 en la Conferencia de Alma-Ata, el cual afirma que los factores biológicos, psicológicos y sociales/contextuales constituyen variables importantes y cruciales en la etiología, la patogénesis, el curso y el tratamiento de la enfermedad.

Basándose en esto, la presente investigación entiende la Personalidad como el resultado de factores genéticos en interacción permanente con factores del entorno, donde el aprendizaje es un proceso continuo que va moldeando a la persona y determina finalmente su manera de ser.

Millon en su teoría biopsicosocial de personalidad ofrece una visión global, estructurada e integrada de la personalidad a partir de diversos modelos teóricos, que consideran aspectos biofísicos, conductuales, evolutivos y fenomenológicos-sociales (Millon, Everly y David, 1995; Millon y Klerman, 1986, citados en Rivas, 2014); por lo tanto la personalidad resulta ser un patrón de características psicológicas arraigadas, inconscientes en su mayoría y como todo lo arraigado, de difícil modificación. De aquí la relevancia en el aprendizaje, que junto a una matriz de

determinantes biológicos, pasan a conformar un patrón idiosincrásico que caracterizará la manera de percibir, sentir, pensar, afrontar y la conducta general de cada persona (Millon, 1990; Millon y Davis, 1996). Así también el Conductismo Psicológico (Staats, 1997), marco teórico referencial de este trabajo, reconoce dos dominios de sucesos que pueden determinar el desarrollo conductual de la persona: sucesos biológicos y sucesos medioambientales (aprendizaje). Ambos en continua interacción darían origen a los fenómenos psicológicos que determinarán factores de personalidad y de género asociados a la depresión.

De acuerdo a lo anterior será necesario realizar una revisión del concepto de Personalidad, de la Personalidad Anormal y el trastorno Depresivo según el Conductismo Psicológico (PB) desarrollado por Arthur W. Staats (1997).

Cabe señalar que desde esta teoría, se entiende y justifica la aplicación de pruebas psicológicas para la medición de la personalidad a partir de instrumentos psicométricos tradicionales, porque el conductismo psicológico (PB), que concibe la Personalidad constituida a partir de repertorios básicos de conducta (RBC), entiende que las respuestas a los ítems de estos test son susceptibles de ser analizados como Repertorios Básicos Conductuales (RBC), que se describen básicamente como habilidades aprendidas. Esto se condice con la definición presentada en los últimos SEPT , Standars for Educational and Psychologolical Test (1999, citado en Martínez, Hernández y Hernández ,2006), a cerca de lo que se entiende como test: “Un test es un instrumento evaluativo o procedimiento en el que se obtiene una muestra de la conducta de los examinados en un dominio especificado y posteriormente es evaluada y puntuada usando un procedimientos estandarizado” (p.18). Así, estas *muestras de conductas* son denominadas: Repertorios básicos conductuales (RBC)

desde la Teoría del Conductismo psicológico, ya que reflejan aprendizajes acumulativos-jerárquicos y complejos.

Estos repertorios, que se dividen en tres áreas (lingüístico-cognitivo, emocional-motivacional y sensorio-motor) y que serán explicados más adelante, se manifiestan en las respuestas que los sujetos dan a los distintos test psicológicos. Por ejemplo, los test de inteligencia miden aspectos del repertorio verbal-cognitivo, los test de desarrollo miden aspectos del repertorio sensorio-motor y los test de intereses miden aspectos del repertorio emocional-motivacional (Staats, 1996, 2003, citado en Carrillo et al., 2004).

En el presente trabajo se utilizaron distintas versiones del Cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ y EPQ-R) y del Inventario de personalidad NEO-PI ambos surgidos de la teoría Factorial de Personalidad, que a partir del “Enfoque Léxico”, pretenden describir a las personas a partir de rasgos, entendidos como palabras o adjetivos que califican a las personas de determinada manera. Para esto se les presentan a los sujetos una serie de ítems con situaciones de vida que describen características de determinados tipos de personalidad. Así las respuestas del sujeto evaluado se acercarán más al perfil de personalidad que finalmente lo caracterizará.

Desde la perspectiva del Conductismo Psicológico se conciben los ítems escritos, como posibles reforzadores o inhibidores de conductas, provocando en quien responda, que catalogue dicha aseveración escrita en el ítems ya sea como un reforzador positivo que provoque en ella una respuesta de “identificación” con el propio auto-concepto, generando respuesta de acercamiento, o bien el ítem se presenta como un reforzador negativo, con el cual el sujeto no estará de acuerdo y no se sentirá identificado, generando respuestas de alejamiento. Por lo tanto, el sujeto al

responder a los ítems del test, dará respuestas emocionales a los sucesos de la vida que son denotados con palabras en cada uno de los ítems. Midiendo con esto hasta qué punto el individuo tiene un Repertorio Básico Conductual (RBC) similar al repertorio de las personas con determinado tipo de personalidad.

De esta manera los test psicológicos, como lo señalan Carrillo et al. (2004), aunque no han sido elaborados con ese propósito, sirven como medidas que reflejan repertorios básicos de conducta (RBC) , repertorios que pasan a ser las unidades básicas de la Personalidad en sus diferentes dimensiones y que serán explicadas en los siguientes puntos.

Una vez obtenido los resultados a cerca de las posibles asociaciones entre personalidad, género y depresión, teniendo como marco referencial la concepción de Personalidad y Trastorno Depresivo según el Conductismo Psicológico de la Personalidad (Staats, 1997), se procederá a dar una interpretación tentativa de los resultados obtenidos en este trabajo. Este modelo teórico fundamenta la vulnerabilidad a la depresión en el aprendizaje de una mayor cantidad de estímulos que generan respuestas emocionalmente negativas. De esta manera la depresión sería producto del aprendizaje de Repertorios Básicos de Conducta (RBC), tendientes a manifestarse como respuestas emocionales negativas frente a un mayor número de estímulos de vida (sucesos, pensamientos, palabras, personas, etc).

A partir de este planteamiento los test utilizados nos permitirán medir repertorios básicos en las diferentes dimensiones de la personalidad y finalmente comprender la relevancia de este marco teórico en relación a las características de personalidad y de género que hacen a algunas personas más vulnerables a sufrir episodios depresivos.

1.4.- Objetivos de la investigación

El objetivo general de esta investigación es examinar las relaciones existentes entre las características de personalidad, género y la presencia de depresión. Se intenta encontrar perfiles de personalidad caracterizados por determinados rasgos que sean significativamente distintos entre hombres y mujeres y que a su vez se asocien a una mayor presencia de síntomas depresivos. Esto se realiza en dos muestras de distintos países y culturas, por separado: Chile y España. Y se pretende analizar estas relaciones entre la muestra chilena y la española, comparando las características de ambas muestras en algunas de las variables ya mencionadas, con el propósito de aportar evidencia respecto de cómo afecta la cultura, como factor ambiental, en la conformación de la personalidad a partir de repertorios de aprendizaje. Y a su vez dar fundamento, frente a posibles similitudes, a aquellas teorías que basan su comprensión de la personalidad en aspectos biológicos-genéticos (Eysenck y Eysenk, 2008), y que asumen el comportamiento a partir de patrones genético constitucionales, como el sexo.

El comparar dos muestras de diferentes países, surge a propósito de los antecedentes expuestos por la Organización Mundial de la Salud, que refieren que el 80 % de la carga mundial de morbilidad debida a salud mental, se puede encontrar en países de bajos y medianos ingresos. En los países de ingresos medios o en vías de desarrollo, como Chile (Banco Mundial, 2015), la depresión es el principal contribuyente a la carga de morbilidad, incluso más significativa que la carga de VIH, a la cual duplica (WHO, 2011).

Considerando los antecedentes expuestos que dan cuenta de altas tasas de frecuencia de depresión en el mundo, de su mayor prevalencia en el sexo femenino, de sus

considerables consecuencias en el aspecto individual, social y económico; y cuya manifestación obedece a múltiples variables, cabe preguntarse entonces si esta psicopatología se asocia a determinados constructos que pudieran dar cuenta de la vulnerabilidad de algunas personas a desarrollar tal cuadro diagnóstico en el futuro.

Para responder desde la perspectiva psicosocial se intentará explorar la existencia de una asociación significativa entre variables relativas a la personalidad (como rasgos y características emocionales) y el género. Esto podría aportar en un trabajo futuro al planteamiento de una red nomológica, entendida como las relaciones entre un determinado constructo teórico, la personalidad en este caso, con otros constructos, sean éstos conductas o procesos mentales, de acuerdo a lo planteado por Martínez, Hernández y Hernández (2006). Para elaborar a partir de estas asociaciones de constructos, un modelo o condiciones que determinarían dentro de esta misma línea de investigación el comportamiento de la variable Depresión (Barrientos, Martínez, Méndez, 2004). Orientado a eso en el presente trabajo se intentará buscar asociaciones significativas entre las dimensiones de Personalidad propuestas por Eysenk (1975), en el EPQ y EPQ-R, por los factores de Personalidad del NEO PI y NEO PI-R (Costa y McCrae, 1985, citado en Carrillo et al. 2004) y otras variables clínicas que puedan distinguir la personalidad como una función del género. Todo para finalmente analizar si estas diferencias de personalidad en función del género pueden predecir depresión a partir del Beck Depression Inventory, (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), considerando observar la influencia del ambiente y aspectos individuales de la personalidad.

Además, se pretende aportar desde la teoría del aprendizaje, específicamente a partir de la teoría de la personalidad del Conductismo psicológico (Staats, 1968a, 1971a, 1975, citados en Staats, 1997), un acercamiento teórico a la interpretación de los

resultados. Con objeto de dejar fundamentos teóricos y prácticos para investigaciones futuras relacionadas con la prevención y tratamiento de la depresión, abordados desde esta perspectiva.

1.4.1. Objetivos específicos

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, los objetivos específicos de esta investigación son:

1. Analizar si la Personalidad, definida a través de las versiones del test de personalidad de Eysenck (EPQ y EPQ-R), presenta diferencias significativas en función del género. Y observar si estas posibles diferencias presentan alguna relación con los factores de personalidad del Modelo de los Cinco Grandes (en los test NEO PI y NEO PI-R), que resulten significativamente diferentes entre hombres y mujeres, tanto en la muestra española (Carrillo et al. 2004), como en la chilena respectivamente.
2. Observar si las diferencias de género en cuanto a personalidad obtenidas en el presente trabajo, tienen algún grado de asociación con una mayor vulnerabilidad a la depresión definida a partir del Beck Depression Inventory, (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).
3. Considerando los antecedentes de mayores tasas de depresión en las mujeres en relación a los varones, así como investigaciones anteriores que describen relaciones entre depresión y repertorios de respuestas emocionales (Carrillo, Collado, Rojo y Staats, 2006; Villanueva, 2008), intensidad de la emoción y frecuencia de sucesos de negativos en las mujeres, se podrá observar a partir de los test de

frecuencia e intensidad de emociones (THARL y PULES) si estos resultados se replican en otra muestra de distinto país y cultura, reafirmando esta relación.

4. Ver si se replica la relación entre el factor de Neuroticismo del NEO PI, con niveles de depresión y con rasgos de personalidad esquizotípica; considerando trabajos anteriores (Avia, et al. 1995) donde este factor de Neuroticismo se asoció positiva y significativamente con niveles de depresión y personalidad esquizotípica, evaluados al igual que en el presente trabajo, a partir del Inventario de depresión de Beck (BDI), y del cuestionario de rasgos esquizotípicos (STQ).

5. Considerando que los test evalúan características cognitivas, instrumentales y emocionales, a partir de aquellos cuestionarios que fueron aplicados en ambas muestras y cuyas versiones sean las mismas, se llevará a cabo una comparación que permita visualizar un perfil de personalidad que sea más vulnerable a la depresión.

6. Si bien la interpretación de los resultados se realizarán de acuerdo a la teoría bajo los cuales fueron creados los test, en este trabajo se pretende aportar una interpretación de los posibles hallazgos a partir de la perspectiva de la teoría del Aprendizaje de la Personalidad y teniendo como marco referencial la Teoría del Conductismo Psicológico.

2. Personalidad, género y depresión

2.1 Género y depresión

Como indican los datos anteriores en cuanto a la prevalencia del cuadro depresivo en el sexo femenino, en las últimas décadas ha quedado establecida claramente la diferencia tanto en la morbilidad psiquiátrica, como en la manifestación de la conducta enferma entre hombres y mujeres, presentando estas últimas, tasas significativamente más elevadas de trastornos depresivos (Angt,

Gamma, Gastpar, Lépine, Mendlewicz y Tylee, 2002; Belló, y cols. et al., 2005; Blazer, 1994, citado en Murakumi, 2002; Huckert y Krampen, 2010; McDougall et al., 2007; Patel, 2001; Patel, Simon, Chowdhary, Kaaya, Araya, 2009). La OMS ratifica a nivel mundial la doble prevalencia de esta patología en el sexo femenino, definiéndola como “la patología psiquiátrica más prevalente entre las mujeres (...) y como la segunda causa asociada a más años de vida ajustados por discapacidad [AVAD] en la estimación para el año 2020”, (OMS, 2001, 2008). Y como se mencionó antes no sólo la prevalencia es distinta entre ambos sexos, sino también la manifestación del cuadro. Así lo señala un estudio de diferencias de género en la depresión que concluyó que si bien mujeres y hombres acusan una pérdida del optimismo, la mujer siente los efectos de la depresión en la calidad del sueño, duerme menos que el hombre y siente afectada su salud general; mientras que el hombre ve afectada principalmente su capacidad para trabajar. (Angst et al., 2002).

Viendo esta problemática desde otro punto de vista, en estudios recientes el ser mujer es señalado como el primer factor de riesgo ante la depresión, le siguen el ser soltero(a), estar desempleado(a) y ser de clase social baja (Baumeister y Härter, 2007).

La OMS (2002), agrega a este factor predisponente (género), el factor pobreza, que igualmente continúa ejerciendo una mayor influencia en las mujeres, niños y personas de edad. Además se suman las altas tasas de violencias física y sexual a las que son sometidas, lo cual explicaría la mayor frecuencia de trastornos depresivos y de ansiedad en las mujeres.

2.2 Personalidad

En la concepción del Conductismo Psicológico la Personalidad es definida a partir de los Repertorios Básicos de Conducta, de aquí en adelante RBC, los cuales están constituidos por los repertorios lingüísticos-cognitivos, emocionales-motivacionales y sensoriales-motores (repertorios que serán definidos más adelante) y que son adquiridos por aprendizaje.

Si bien estos repertorios conductuales, los cuales por ser aprendidos, podrían ser parecidos a los de otras personas, nunca son iguales, ya que las experiencias de aprendizaje en ningún caso son idénticas, lo que va constituyendo personalidades diferentes.

El aspecto biológico y su influencia en la personalidad según esta concepción teórica, estaría dada en que *“la biología proporciona los mecanismos para los sentidos, el aprendizaje y la ejecución de la conducta”*, (Staats,1997, p.227). De acuerdo a lo anterior, el aspecto biológico se manifestaría en las características del organismo al momento de llevar a cabo el aprendizaje de conductas, al momento de almacenar lo aprendido y en la manera de interpretar los estímulos contingentes frente a los cuales manifestaremos la conducta. Por ejemplo un infante con un desarrollo cerebral insuficiente, es probable que aprenda una cantidad de RBC deficientes, a diferencia del niño que presenta un desarrollo cerebral normal; por lo mismo se puede ver alterada la capacidad del primer niño, de almacenar aquella información aprendida, entonces al momento de recuperar la información y llevar a cabo la conducta asociada, esta conducta también puede estar alterada.

Finalmente, como sabemos que hay estímulos contingentes, que interactúan con los RBC aprendidos (hayan sido aprendidos de manera óptima o no) y que pueden también ser determinantes a la hora de ejecutar la conducta, el aspecto

biológico será fundamental en la ejecución de nuestra conducta, en cuanto a que aquellos estímulos contingentes serán interpretados según las condiciones biológicas que estén interviniendo en nuestros procesos sensoriales. De esta manera, aunque la persona haya aprendido adecuadamente un RBC y así mismo haya sido almacenado; al momento de recuperar dicha información, los sentidos y la condición en que éstos le permiten a la persona percibir los estímulos contingentes, darán el último aporte necesario a la conducta final manifiesta. Lo que explicaría cambios en los patrones de conductas en personas con alguna afección física, o que estén bajo los efectos de alguna sustancia, por ejemplo.

2.3 Conducta anormal

De acuerdo a la teoría del Conductismo Psicológico (PB) de Staats, tanto la conducta Normal, como la Anormal son aprendidas. Específicamente la Conducta Anormal, dentro de esta teoría, es concebida como una dimensión cuyos polos serían el Déficit de conducta, en un lado y la Conducta Inapropiada en el otro. A esta dimensión se agregaron varias dimensiones básicas, donde la conducta Normal se vuelve Anormal por las siguientes causas:

- por un control estimular de la conducta deficitario o inapropiado
- cuando estímulos inapropiados controlan la conducta
- cuando la conducta en sí es deficitaria o inapropiada
- cuando existe un déficit o sistema de reforzamiento inapropiado (actualmente RBC Emocional-Motivacional inapropiado)

En un principio, la teoría del Conductismo Psicológico (PB) proponía como primer término de la Personalidad, definido conductualmente, el concepto de Reforzador. La relevancia del concepto estaba en que en la medida que el individuo se desarrollaba aprendía un gran y variado conjunto de estímulos que se convertían en reforzadores positivos y otros negativos, afectando así los futuros aprendizajes de nuevas conductas, según el repertorio básico aprendido, que no es el mismo para todas las personas, por lo tanto marcando desde ya las diferencias individuales de conducta. De aquí que se concibe la Conducta Anormal (dentro de la cual se encuentra el trastorno de ánimo por Depresión) como producto de un Sistema Reforzador deficitario o inapropiado.

Ya en 1975 Staats elaboró una teoría de la Personalidad, donde propuso como constituyentes de este gran constructo, los Repertorios Básicos de Conducta (RBC) lingüísticos-cognitivos, emocionales-motivacionales y sensoriales-motores (Staats, 1975 citado en Staats, 1997), mencionados anteriormente y que se describen acá de manera acotada:

RBC lingüístico-cognitivo.

El lenguaje del individuo es aprendido y constituye un RBC determinante de experiencias, del aprendizaje y de la conducta. Staats, ha estudiado estos RBC lingüísticos-cognitivos, como diferentes sub-repertorios:

- Repertorio Verbal- Emocional: se refiere a la capacidad que tienen las palabras para generar emociones. Una propiedad adquirida a partir de un condicionamiento previo que se inicia en los primeros años de vida, donde ocurre una asociación de determinado vocablo con un estímulo que nos provoca una determinada respuesta emocional. La importancia del lenguaje asociado a las

emociones es que los estímulos emocionales provocan conductas de aproximación o evitación, convirtiéndose en reforzadores positivos y negativos, fortaleciendo o debilitando determinadas conductas.

- Repertorio Verbal-Imagen: Es la asociación de imágenes y palabras mediante el condicionamiento clásico. Así las palabras nos hacen evocar imágenes; los sustantivos nos hacen evocar imágenes completas, mientras que los adjetivos y los adverbios implican partes de un objeto o suceso. El aprendizaje de un gran repertorio de palabra-imagen es la base de nuestra experiencia vicaria, ya que las palabras se convierten en instrumentos para la producción de imágenes. Este repertorio es un aspecto esencial de la “mente humana”, esto es, de la cognición (Staats, 1968a citado en Staats, 1997)

- Repertorio Verbal Motor: Este repertorio consiste en palabras que provocan respuestas motoras específicas en el individuo. Al igual que los otros repertorios se aprende desde la niñez, primero se aprenderán unidades verbales motoras y luego éstas conformarán repertorios, los cuales a su vez serán la base para un mayor y más acelerado aprendizaje, considerando la madurez del infante. Acá el verbo determina la respuesta a ejecutar, el adverbio la variación en la respuesta, el sustantivo a qué estímulo se ejecutará la respuesta y el adjetivo permite una mayor especificación del estímulo. Mientras mayor sea este repertorio, se puede dirigir más finamente la conducta de un sujeto a partir del lenguaje, aumentando así su potencial de aprendizaje.

- Repertorio verbal etiquetado: En la infancia se aprenden primero palabras únicas (agua, mamá, etcétera.), las que al nombrar se van asociando a determinados estímulos. Esto pasa a conformar el repertorio verbal de etiquetado que pueden ser

diversos estímulos (objetos o sucesos familiares, funciones internas, etcétera.), en cuya presencia se refuerzan las respuestas-palabras apropiadas.

- Repertorio verbal de imitación: Este repertorio se produce una vez que el infante aprende a emitir respuestas de habla, siendo luego capaz de repetir sonidos y combinaciones del lenguaje al imitar palabras y frases nuevas. Esto genera una aceleración del aprendizaje de palabras entre el año y medio y los dos años de vida. La importancia de este repertorio, es que cuando se presenta como habla autodirigida, es fundamental para planificar, razonar y tomar decisiones, por ejemplo. Siendo determinante para el desarrollo de varias habilidades cognitivas.

- Repertorio verbal de asociación: Si bien, al principio el infante aprende a dar respuestas de una palabra, escuchará combinaciones de palabras que producirán un aprendizaje de asociación de palabras, provocando así un aprendizaje de cadenas de palabras asociadas. Estas asociaciones serán funcionales en ejercicios tales como el habla gramatical, repertorios matemáticos, pensamiento, lectura, conocimiento, etcétera. (Staats, 1963^a; citado en Staats, 1997).

RBC Emocional-Motivacional.

Este repertorio, según la teoría PB, tiene múltiple niveles como el nivel biológico y el de condicionamiento básico (que no son los únicos niveles, sino los más estudiados). El repertorio se adquiere inicialmente a través del lenguaje, dando lugar a un conjunto de estímulos que generarán respuestas emocionales y que funcionarán como sistemas reforzadores y directivos de la conducta, a esto se le denominó RBC Emocional –Motivacional y es capaz de afectar la experiencia, el aprendizaje y la conducta. Desde este enfoque el ser humano es único en cuanto a su capacidad para considerar un gran número de estímulos con capacidad emocional.

Desde este planteamiento se entienden que las diferencias individuales, en cuanto a personalidad y comportamiento estarían dadas por las diferencias con respecto a qué estímulos son para algunos motivadores positivos o negativos, provocando variadas respuestas emocionales y con intensidades disímiles.

En esta teoría de Emoción-Motivación los estímulos emocionales, se denominan *estímulos afectivos-reforzantes-directivos* (ARD) o *estímulos emocionales motivacionales*. Un principio de esta teoría hace hincapié en la respuesta emocional condicionada que solemos desarrollar, producto de la asociación entre el estímulo que nos genera una emoción (positiva o negativa) y la palabra que lo representa. Por ejemplo, si el estímulo fuera un movimiento telúrico y esto nos provoca miedo o angustia, luego desarrollaremos esta misma respuesta emocional frente a la palabra “temblor” que representa al movimiento telúrico. Su relevancia está en que a medida que avanzan nuestros años de aprendizaje este aspecto del sistema Emocional- Motivacional va a influenciar de manera importante la conducta que despleguemos. Por otra parte es necesario mencionar que existen varias clases de estímulos ARD, por ejemplo: Las personas que nos son significativas, el disfrute del tiempo libre, lo económico, son ámbitos más bien generales, dentro de los cuales se encuentran una serie de estímulos ARD específicos, que dirigirán nuestras conductas en dichas áreas.

Finalmente el enfoque teórico del PB (Staats, 1997) señala que la naturaleza cognitivo-emocional del individuo es uno de los más importantes determinantes de la conducta. Dado que las personas aprenden conjuntos de lenguaje organizado que se refieren a objetos, lugares, gente, conductas, acciones, sucesos, etcétera; pasando a conformar estas palabras, los denominados temas, esquemas, ideas, conocimientos,

opiniones, por ejemplo. Y que provocarán respuestas emocionales y servirán en el futuro como incentivos o reforzadores.

Cabe señalar que la respuesta emocional que se genere en el individuo a partir del lenguaje, es consecuente con la manera que tiene el sujeto de experimentar y responder a aquellos estímulos denominados por el lenguaje.

RBC Sensorial-Motor.

Es básicamente conducta, aquella que observamos o contactamos, lo que se hace o dice, lo que vemos que hacen las personas y de lo cual inferimos estados cognitivos y emocionales. Estas conductas son una respuesta frente a diferentes estímulos a los que estamos expuestos y serán conductas de aproximación o evitación, según si los estímulos nos provocan respuestas emocionales positivas o negativas.

Existen repertorios sensoriales-motores de diferentes tipos, como los de naturaleza recreativa, de acicalamiento, de manejo de tecnología, etcétera. (ver, Staats 1997). Las diferencias en las habilidades sensoriales-motoras van a estar dadas por las diferentes experiencias de aprendizaje, dependiendo de la cultura, de la época, del sexo, de la especialidad profesional, y así, de las múltiples variables que intervienen cuando aprendemos a ejecutar las conductas de determinada manera.

La *imitación* constituye una habilidad general en este RBC, puesto que es la base para un aprendizaje adicional a partir de la acción de imitar. Se le llama habilidad general, considerando que dentro de ella hay habilidades como las *perceptivas*, que permiten discriminar diferencias entre conductas observadas, o como las habilidades de *respuesta*, que permiten discriminar la respuesta correcta, aún no siendo capaz la persona de ejecutar dicha respuesta. Finalmente el PB

destaca dentro de su postura teórica que este RBC de habilidades sensorio-motoras, en ningún caso es producto de la herencia, sino de un proceso de aprendizaje, el cual claramente respeta diferencias constitucionales y de oportunidades en las personas, las que darán lugar a un mejor o peor aprendizaje de estas habilidades.

Después de esta descripción de lo que son los RBC, es posible detenerse en la postura de Staats, acerca del origen de la personalidad anormal y dentro de la cual se encuentra aquella personalidad depresiva, tema central en esta investigación.

Como quedó señalado anteriormente los RBC son producto del aprendizaje. Este aprendizaje, en el caso de la personalidad anormal, se lleva a cabo en cierto ambiente primario, el cual puede ser deficitario o inapropiado, generando así un déficit en el aprendizaje de los RBC lingüísticos-cognitivos, emocionales motivacionales o sensoriales- motores. Sin embargo, no sólo la alteración de este ambiente primario determina la perturbación de la conducta (sea deficitaria o inapropiada), sino que también son determinantes las condiciones del *organismo biológico* de la persona, ya que provee los mecanismos a partir de los cuales se lleva a cabo el aprendizaje de conductas.

Dentro de la concepción del PB, la relevancia de cómo el organismo biológico (y su estado) afecta los RBC, los cuales más adelante serán concebidos como la misma Personalidad, se observa en tres etapas:

Organismo 1: Mecanismo mediante el cual el medio ambiente da lugar al aprendizaje de los RBC. Si hay algo extraño en el mecanismo biológico, el aprendizaje de los RBC será afectado.

Organismo 2: Una vez aprendidos los RBC, estos se verán alterados si algo le ocurre al organismo biológico, en cuanto a que los almacenajes de este aprendizaje, es decir aquellas condiciones neurológicas entre el estímulo y la respuesta se verán perturbados, trastornando de esta manera la conducta ejecutada.

Organismo 3: Cualquier alteración de los órganos sensoriales, alterará la percepción del medio ambiente, afectando así las conductas de respuesta del individuo a los diferentes estímulos que se le presenten bajo esa distorsionada percepción.

Resumiendo, la importancia de las *condiciones orgánicas*, en la teoría de Staats, están dadas porque son capaces de influir y alterar la conducta, en la medida que afectan los procesos sensoriales, el aprendizaje y los RBC. Y serán determinantes en la conducta y la personalidad anormal, considerando la definición de Personalidad que propone Staats.

Actualmente esto es apoyado desde la perspectiva epigenética, ciencia que estudia las diferentes trayectorias que un genotipo puede tomar a lo largo del desarrollo del organismo, que ha proporcionado evidencias de que los eventos ambientales y los factores psicosociales pueden modificar el epigenoma.

Al igual que en el conductismo Psicológico, el modelo epigenético basado en aspectos biológicos de la personalidad refiere que la presencia de eventos ambientales puede interaccionar con la dotación genética del sujeto y organizar una expresión fenotípica con mayor inestabilidad afectiva y emocionalidad negativa, que pueden verse acompañadas de un mayor deterioro en las relaciones interpersonales. Desde esta perspectiva la causalidad se entiende bidireccional, lo que quiere decir

que los factores causales pueden ser tanto biológicos como ambientales, es decir, el ambiente puede modelar la biología tanto como la biología puede influir en el ambiente. Por ejemplo, se ha comprobado que la adversidad ambiental en la infancia activa mecanismos epigenéticos que aumentan la respuesta del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (Eje HHA) frente a estímulos estresantes, este fenotipo se ha encontrado en diversos trastornos de la personalidad, como el Trastorno límite de personalidad y los trastornos del clúster C (ansioso). Lo anterior grafica cómo el ambiente puede modelar la activación de genes que determinarían las conductas de una persona y corresponderían a un fenotipo psicopatológico específico (Lorea y Molero, 2014), considerando que se han generado en esa persona desde la infancia determinados repertorios conductuales frente a una gama específica de estímulos.

Y como son estos RBC los que dirigen la conducta, al ser deficitarios o inapropiados generan conductas deficitarias (insuficientes) o inapropiadas, resultando de esto la conducta anormal (ver, Staats 1997).

2.4 Depresión

Para una mayor comprensión de cómo el PB concibe el inicio y mantenimiento de un cuadro depresivo, se procederá a ahondar antes en algunos conceptos relevantes como son el *Estado Emocional* y la *Emoción Negativa*.

En la teoría PB de la Emoción-motivación se deben tener presentes tres conceptos relevantes:

- La Respuesta Emocional al Estímulo: Dentro de esta definición se considera la respuesta emocional simple, como aquella que involucra la actividad cerebral, según la presencia o ausencia del estímulo provocador, por lo tanto su duración,

característica que diferencia una “respuesta” de un “estado emocional”, es efímera o depende del tiempo que el sujeto esté expuesto al estímulo que le provoca dicha respuesta.

- El RBC Emocional- Motivacional: Está compuesto de estímulos que por aprendizaje generarán respuestas emocionales por parte de la persona. Estos repertorios pasan a ser una característica del sujeto, un “rasgo de su personalidad” y a diferencia de la respuesta emocional, los RBC perduran en el tiempo y tienen efectos generales específicos.
- El Estado Emocional: se define por el efecto acumulativo y aditivo de las respuestas emocionales, sean positivas o negativas. A diferencia de las respuestas emocionales, que son efímeras, el estado emocional es persistente o crónico. La depresión cae en esta categoría, como un Estado Emocional Negativo, ya que al vivenciarla, se experimenta como un estado permanente, aunque puede presentar variaciones. Al ser un estado emocional, influirá consecuentemente en la conducta del sujeto.

Ya definidos estos conceptos, es determinante entender cómo se relacionan y para eso es esencial conocer el principio de *Suma de las Emociones*, parte fundamental de la teoría de la personalidad del PB. Este principio señala que “muchos estímulos emocionales a los que el individuo está expuesto serán tanto positivos como negativos y durante un periodo de tiempo, darán paso a un Estado Emocional resultante”(Staats,1997, p.285). Luego se entiende que el Estado Emocional es generado a partir de varias respuestas emocionales a múltiples estímulos, sin embargo a diferencia de una respuesta emocional, como quedó señalado antes, este Estado Emocional resultante no es breve, sino al contrario, tiende a prolongarse en el

tiempo. Y aunque puede variar por momentos, según se presenten respuestas emocionales que lo disminuyan, este Estado volverá a reactivarse si las condiciones externas, que le dieron origen, se mantienen. Además, el Estado Emocional también puede influir en las respuestas emocionales, considerando que si el Estado Emocional sufre un trastorno producto de un cambio en el medioambiente, las respuestas emocionales también serán diferentes de lo usual, adecuándose al actual Estado Emocional.

Cabe señalar que los estímulos que tienden a gatillar Estados Emocionales frecuentemente son generales, múltiples y poco explícitos, de tal forma que son difíciles de identificar por el sujeto, quien tiende a buscar explicaciones a sus Estados Emocionales, otorgando la responsabilidad incluso a veces a factores biológicos únicamente.

Ahora bien, estos Estados Emocionales pueden ser Positivos y presentarse de manera extrema como estados de ánimo eufóricos, incluso maníacos; o bien Negativos y tan extremos la ansiedad, la depresión, el estrés o el pánico (Staats,1997).

Luego de esta breve revisión de conceptos planteados por la teoría PB, se puede pasar a explicar y describir la Depresión como un círculo vicioso, que según el Conductismo Psicológico, va primero generando y luego manteniendo y aumentando el Estado Emocional Negativo, trastornando la conducta también en los niveles lingüísticos-cognitivos y sensorial-motor. Básicamente el medioambiente vital, asociado a RBC de la persona van a producir un estado de disforia y de depresión, retroalimentando así el medioambiente y generando un circuito de retroalimentación de respuestas emocionales negativas.

Este círculo comienza con un *Estado Emocional-Negativo* como resultado de una pérdida o deterioro en el medio ambiente, este trastorno en el medioambiente se asocia a una serie de estímulos emocionales negativos, produciendo cambios en la experiencia (en cómo percibimos los estímulos), en la conducta (si evitamos o nos acercamos a los estímulos) y en la manera de aprender nuevos repertorios. De esta manera el *Estado Emocional Negativo*, resultado de estos cambios en el ambiente, pasa a afectar la *Respuesta Emocional* a otros estímulos, alterando así la condición de incentivo y de reforzamiento de los estímulos.

En la Figura 1 se puede apreciar un esquema simplificado de cómo se da este círculo vicioso:

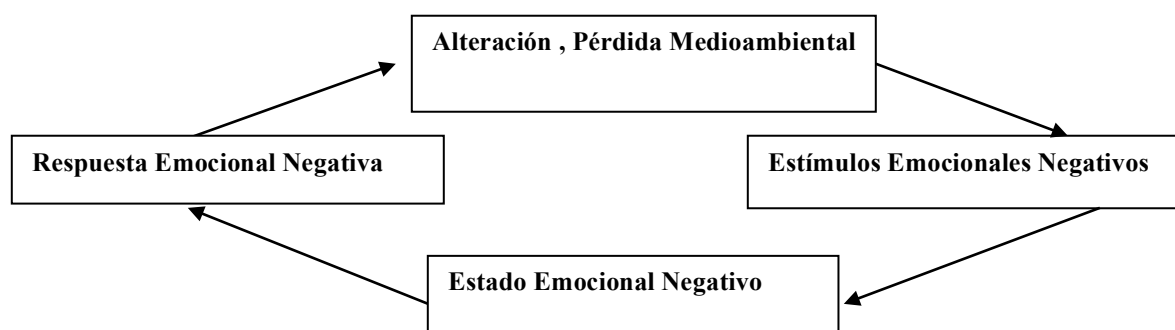


Figura 1: La figura describe el círculo vicioso de la depresión.

En la figura 1 se grafica la dinámica de la depresión, la que comienza con la alteración o pérdida Medioambiental, que generará en el sujeto un estado emocional negativo, que lo llevará a dar una connotación negativa a una serie de estímulos asociados con los que seguirá interactuando (ha cambiado su manera de percibir los estímulos). El sujeto, finalmente después de dar prolongadamente respuestas emocionales negativas desarrollará un Estado Emocional Negativo (Depresión), que afectará las respuestas emocionales que genere frente a otros estímulos, debido a que

su percepción de los estímulos cambió, por lo que continuará dando respuestas emocionales negativas. El círculo vuelve a comenzar producto de esta percepción general negativa de los estímulos.

Cabe señalar que aquel cambio en el medio ambiente, que lo convierte en inapropiado o deficiente por alguna falta, pasa a conformar un universo de estímulos que generará respuestas emocionales negativas múltiples, dando lugar a un estado emocional de disforia característico del cuadro depresivo.

Staats (1997), describe la Depresión como “...uno de los trastornos de conducta más comunes, más frecuente en mujeres que en hombres y en personas mayores de edad...” (p. 335). Además realiza un análisis de la definición del Trastorno Depresivo del DSM- IV (1994), desde el punto de vista del Conductismo Psicológico. Concibe la disforia del cuadro depresivo, por la duración de al menos dos semanas descrita en el DSM-IV, como un Estado Emocional Negativo, puesto que no se trata de Respuestas Emocionales efímeras, sino que este Estado Emocional Negativo ha pasado a ser una función de la situación de vida del individuo y de su RBC Emocional-Motivacional.

Las ideaciones asociadas a la autoeliminación o a la muerte, los sentimientos de inutilidad o de culpa, o bien la disminución de la autovaloración, todos característicos del cuadro Depresivo, estarían dentro de la alteración en el Repertorio lingüístico-cognitivo, ya que son pensamientos productos de la conducta de lenguaje relacionada a dichos tópicos.

La anhedonia, como la incapacidad de disfrutar de las cosas o actividades que antes producían placer, desde la mirada de esta teoría, se relaciona con el Principio Aditivo o Suma de las emociones; esto se traduciría en que el Estado Emocional

Negativo resta parte de la valoración positiva que nos producían determinados estímulos que antes se asociaban con respuestas emocionales positivas, por lo que ahora ya no generan conductas de aproximación (o de ejecución si es una actividad), sino que pasan a ser estímulos neutros o incluso podrían generar respuestas emocionales negativas, si con este Estado Emocional Negativo, se han producido nuevos aprendizajes que asocien dichos estímulos a emociones negativas, afectando así la *fuerza de incentivo del estímulo*.

Además y siguiendo el Principio Aditivo de las emociones, el Estado Emocional Negativo se *suma* a los estímulos que provocan Respuestas Emocionales negativas, por lo que una persona ya deprimida experimentará respuestas emocionales negativas más intensas ante los estímulos asociados a estas respuestas. Es decir, llorará más, se entristecerá más, se culpará más, se irritará más ante aquellos eventos o estímulos asociados a respuestas emocionales negativas.

Finalmente, cabe señalar que si bien la depresión es un trastorno del ánimo, desde este modelo teórico (PB) (Staats, 1997), consecuentemente con los criterios diagnósticos del CIE-10 (OMS, 1992) y del DSM-IV (APA, 2000) , por la duración de la sintomatología no corresponde a un estado de ánimo, sino a un Estado Emocional; ya que como se señaló antes el Estado de Ánimo es comprendido como un estado transitorio y de menor intensidad que los Estados Emocionales, los cuales se distinguen como estados continuos, de al menos dos semanas de duración para el cuadro depresivo.

3. Vulnerabilidad a la Depresión

Como es razonable, los cambios o alteraciones en el medio ambiente, que darían inicio al trastorno depresivo, no son específicos de las personas que sufren

depresión. Estos cambios y carencias en el medio ambiente ocurren a todas las personas, en todas partes, en todas las edades; por lo que es indispensable aclarar qué hace más susceptible a ciertas personas a sufrir un Trastorno Depresivo.

De acuerdo con el PB, estas diferencias están dadas por el RBC (Staats, 1997; Carrillo, Rojo y Staats, 2004), puesto que en la medida que una persona aprenda un repertorio Emocional-Motivacional *Positivo* más amplio, es decir una mayor cantidad de estímulos que le generen respuestas emocionales positivas, será menos proclive a desarrollar un cuadro depresivo, ya que su “universo de estímulos” tiende a gatillar más respuestas emocionales positivas que negativas. No sucede así en aquellas personas cuyo “universo” de estímulos positivos es más limitado en cantidad. Existe en este caso una mayor factibilidad de que esta última persona agote con rapidez sus respuestas emocionales positivas y comience a dar respuestas emocionales negativas, afectando así su medio ambiente y su Estado Emocional.

Esta misma lógica, pero con un resultado inverso, se aplica para aquellas personas con un amplio repertorio Emocional-Motivacional *Negativo*, donde existen para la persona un número más amplio de estímulos que le generan respuestas emocionales negativas. Es decir, la persona aprendió a responder emocionalmente mal a un gran número de estímulos (sucesos, pensamientos, palabras, personas, etc). El carácter de “emocionalmente mal”, está dado en este caso, porque tal respuesta lo acerca más a un estado Emocional Negativo, específicamente al Trastorno Depresivo.

Pero no sólo el RBC Emocional-Motivacional marca estas diferencias individuales, sino también otros repertorios conductuales que pasan a formar parte de nuestras “defensas” y hacen más o menos susceptibles a las personas a caer en

Estados Emocionales Negativos. Por ejemplo: el *etiquetamiento en el repertorio lingüístico cognitivo*. Si hay una tendencia por parte de la persona a etiquetar los estímulos de manera negativa, es probable que genere más respuestas emocionales negativas ante los eventos de su medio ambiente. A modo de ejemplo, si se ha aprendido a reaccionar negativamente a múltiples palabras o conceptos como: soledad, escasez, suciedad, trabajo, costoso, etcétera. La persona aprenderá a manifestar respuestas negativas ante una amplia lista de conceptos, siendo más proclive a tener reacciones emocionales negativas, ya que la amplitud de la lista no hace más que aumentar su “universo de estímulos negativos”. No así la persona que tiende a etiquetar mayormente los estímulos de manera positiva, quien probablemente desarrollará un mayor número de respuestas emocionales positivas.

El RBC Sensorial Motor, en el caso de estar ampliamente desarrollado para generar respuestas emocionales positivas, es decir, si la persona ha aprendido una gran gama de actividades que le reportan emociones como bienestar, satisfacción con el propio desempeño, placer; pasa a ser una “defensa” ante un posible estado depresivo. O visto desde el punto de vista de la *Suma o principio Aditivo de las emociones* (planteada en la introducción a esta teoría), hay una mayor fuerza de incentivo de los estímulos, es decir, que se convierten en cargas positivas que se restan a aquellos estímulos que provocan respuestas emocionales negativas. Apoyando esta tesis hay estudios relacionados al tratamiento de primeros episodios de depresión en mujeres, donde se ha sumado al tratamiento farmacológico un plan de tratamiento basado en actividad física, donde se ha demostrado que efectivamente, éste es un repertorio conductual relevante a la hora de ver avances en los tratamientos antidepresivos (Pilu et al. 2007). Aún más específicamente desde la biología, líneas de estudio actuales plantean que cambios neurobiológicos en cascada en el hipocampo están

directamente implicados en las alteraciones del organismo producidas por las depresión (trastornos del sueño, alteraciones del apetito, anhedonia, trastornos en la atención-concentración, labilidad del ánimo, por ejemplo) y que la restauración de estos cambios neurobiológicos, mediada por el tratamiento antidepresivo (farmacológico y psicoterapéutico), contribuyen a la mejoría del estado depresivo al revertir modificaciones epigenéticas inducidas por eventos traumáticos y estrés. Por lo que desde esta última perspectiva tan específica, se están encontrando evidencias de que los eventos ambientales y los factores psicosociales pueden modificar el epigenoma (Kimpton, 2012, citado en Lorea y Molero, 2015), es decir que características del entorno estarían redefiniendo la naturaleza o biología que al final determinará en conjunto nuestros sistemas RBC.

Por lo tanto, cada uno de los RBC en sus diferentes categorías, se convierte en una fuente de posibles estímulos emocionales positivos, enriqueciendo así el medio ambiente de la persona. Quien no cuenta con estas múltiples fuentes de estímulos, sería por lo tanto más vulnerable a la Depresión.

Con respecto a los tipos de personalidad que son más vulnerables al trastorno depresivo, desde el Conductismo Psicológico son aquellas personas con algún trastornos de personalidad , ya que producto de su trastorno contarían con menos recursos para responder adecuadamente al medioambiente y a sus demandas, vivenciando con mayor tensión los posibles reveses que se les presenten en el medioambiente. Y aunque estas personas sean medicadas para disminuir su estado emocional negativo, sus RBC se mantendrán, por lo que su interacción con el medioambiente no sufrirá mayores variaciones que mejoren el pronóstico de nuevas recaídas.

4.- Método de investigación e hipótesis propuestas

4.1 Formulación del problema

Antes de plantear las hipótesis cabe reflexionar acerca de lo siguiente:

- Si bien la prevalencia del trastorno depresivo es prácticamente el doble en las mujeres en múltiples estudios que implican varios países y continentes, ¿se podrá observar esta prevalencia de depresión en las mujeres asociada a un aprendizaje de un mayor repertorio emocional-motivacional negativo? Entendiendo estos repertorios de acuerdo a lo señalado antes por el Conductismo Psicológico (PB).
- Considerando que la personalidad resulta de la interacción del ambiente, con las condiciones constitutivas biológico-genéticas de cada sujeto, ¿se podrá observar un perfil psicológico, basado en rasgos de la personalidad y características emocionales distintos entre la muestra chilena y española? Será la cultura o ambiente un factor significativamente más determinante que la condición biológica o natural de cada sujeto para explicar la vulnerabilidad a la depresión?
- En Chile, donde los índices de depresión también evidencian el doble de prevalencia en las mujeres en relación a los hombres ¿las mujeres chilenas presentarán igualmente que en España, según estudio de Villanueva (2008) un amplio repertorio de respuestas negativas a los estímulos que las rodean? Y ¿qué circunstancias llevan a las mujeres a presentar un mayor repertorio de

emociones negativas frente a múltiples estímulos en comparación a los hombres?

- Si el aprendizaje, en este caso el aprendizaje de los repertorios conductuales que determinarán respuestas emocionales frente a una amplia gama de estímulos durante la vida, está estrechamente relacionado a la cultura en que se crece (Escotet, 1981), ¿existirá diferencia de características emocionales de personalidad y circunstancias de vida emocional en la muestra chilena comparada a la española?, ¿existirá por lo tanto diferencia en los rasgos de personalidad? ¿existirán diferencias en las dos muestras culturales en relación a la mayor o menor frecuencia con que perciben estímulos emocionales-motivacionales negativos?
- Considerando que es posible la existencia de una red nomológica que determine el comportamiento de la depresión ¿será posible que en esta investigación, tanto en la muestra española como chilena, se confirmen asociaciones de rasgos de personalidad como el Neuroticismo tanto con niveles de depresión, como con Personalidad Límite (Avia et al, 1994) y se distingan estas posibles asociaciones por género?
- Si una persona con alto nivel de Neuroticismo puede padecer de ansiedad, tiende a deprimirse con facilidad, tiende a la tensión emocional, a respuestas irracionales, a la inhibición, y a sentimientos de desvalorización y culpa (Eysenck, 1990), sería esperable encontrar en individuos con estas características, mayor intensidad emocional negativa en sus reacciones o una mayor percepción de eventos negativos, así como mayores niveles de

depresión, distinguiéndose todas estas características, de manera más significativa en las mujeres de ambas muestras.

- Considerando que en este trabajo de investigación tanto en la muestra chilena como en la española se aplicaron los mismos tests de personalidad, pero en diferentes versiones, se tomarán ambos grupos como muestras independientes para el análisis de datos. Sin embargo será posible realizar una comparación en uno de los test de personalidad (NEO PI-R) aplicado en Chile, con los resultados publicados por Sanz y García-Vera, quienes publicaron nuevos baremos para la adaptación española de NEO PI-R y cuyos resultados difieren de la versión comercial del NEO PI-R, debido a que provienen de una muestra voluntaria de la población general entregando mayor representatividad a los resultados.
- Finalmente se trabajará comparativamente en ambas muestras (chilena y española), en las escalas clínicas y de emociones aplicadas sin distinción en los dos grupos considerando que los instrumentos aplicados fueron los mismos.

4.2 Hipótesis

- Para Grupo 1 (Muestra chilena)

- H1: Los test de personalidad, en la medida que miden características cognitivas, instrumentales y emocionales así como circunstancias de vida emocional del individuo, serán predictores de depresión en la muestra chilena.

- H2: Existen diferencias de género con respecto a las características emocionales de la personalidad y a las circunstancias de vida emocional en la muestra chilena.
 - H3: En esta muestra, el factor de Personalidad Neuroticismo se distingue significativamente por género y se presenta asociado de manera significativa tanto al factor de Personalidad Límite, como a una mayor vulnerabilidad a la depresión.
- Para Grupo 2 (Muestra española)
- H1: Los test de personalidad, en la medida que miden características cognitivas, instrumentales y emocionales así como circunstancias de vida emocional del individuo, serán predictores de depresión en la muestra española.
 - H2: Existen diferencias de género con respecto a las características emocionales de la personalidad y a las circunstancias de vida emocional en la muestra española.
 - H3: En esta muestra, el factor de Personalidad Neuroticismo se distingue significativamente por género y se presenta asociado de manera significativa tanto al factor de Personalidad Límite, como a una mayor vulnerabilidad a la depresión.

Para comparar muestra 1 y 2 (muestra Chile-España)

- H1: Las mujeres presentan una mayor cantidad de respuestas emocionales negativas, en comparación a los hombres tanto en Chile como en España.
- H2: Las mujeres de la muestra chilena y española difieren significativamente respecto a características emocionales de la personalidad , así como en intensidad de las emociones y la frecuencia de eventos que gatillan respuestas emocionales, considerando que estarían moderados por el aprendizaje y la cultura.

H3: A partir de posibles diferencias culturales y de aprendizaje entre las mujeres de la muestra chilena y española, es previsible que existan diferencias de personalidad entre ellas.

4.3. Diseño

Se llevó a cabo un diseño no experimental ya que se pretendió describir un fenómeno, en este caso la vulnerabilidad a la depresión, dentro de una población de estudio sin previa intervención del investigador donde éste se limitó a medir el fenómeno mediante cuestionarios, para poder describirlo y revelar cómo se presenta en la población estudiada. Dentro de los no experimentales , el diseño escogido se denomina específicamente correlacional (Hernández, Fernández, Baptista, 2010) , considerando que permite describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado, en este caso entre las variables de personalidad, género y depresión.

El diseño del estudio se podría considerar según Veiga de Cabo, Fuente y Zimmermann, (2008) más específicamente como un diseño Observacional analítico transversal. Ya que el investigador intentó relacionar algún factor de riesgo o agente causal, en este caso el género y la personalidad, con un determinado efecto, en este trabajo, la vulnerabilidad a la depresión. Por lo tanto, lo que se pretende es establecer una relación entre estos fenómenos naturales.

4.4. Participantes

La muestra chilena será nombrada como Muestra 1, mientras que la muestra española será sindicada como Muestra 2.

Muestra 1:

Muestra chilena. En esta muestra los datos fueron obtenidos a partir de un grupo de adultos de una población chilena no clínica ($N = 448$), 257 varones (57.37%) y 190 mujeres (42.41%), con una Media de edad de 27,48, $DE = 9.78$ y un rango etario de 17-65 . En el grupo de varones la Media de edad fue de 25,97 con una $DE = 8,74$ y un rango de 17-65 años. En el grupo de mujeres la Media de edad fue de 29,41 con una $DE = 10,65$ y un rango de 17-60.

La diferencia de edad entre los grupos fue estadísticamente significativa, $F = 14.052$, $p = .000$ La prueba de Levene (1960) para verificar la homogeneidad de la varianza dio el resultado de 25,382, $p = .000$, lo que indica también que la muestra es heterogénea respecto a la edad.

Muestra 2:

Muestra española. En esta muestra los datos fueron obtenidos a partir de un grupo de adultos de una población española no clínica ($N = 578$), 196 varones (33.9%) y 381 mujeres (65.9%), con una Media de edad de 25,79, $DE = 11,48$ y un rango etario de 17-67. En el grupo de varones la Media de edad fue de 27,55 con una $DE = 12,76$ y un rango de 18-67 años. En el grupo de mujeres la Media de edad fue de 24,90 con una $DE = 10,68$ y un rango de 17-67. La diferencia de edad entre los grupos fue estadísticamente significativa, $F = 6,963$, $p = 0.01$. La prueba de Levene (1960) para verificar la homogeneidad de la varianza dio el resultado de 11.305, $p = .001$, lo que indica también que la muestra es heterogénea respecto a la edad.

4.5. Procedimiento

La muestra chilena se obtuvo usando la técnica de “bola de nieve”, a partir de cuatro grupos de estudiantes de pregrado de las carreras de Psicología y Trabajo Social de las Universidades de Tarapacá y Santo Tomás de la ciudad de Arica en Chile; quienes luego de recibir las instrucciones pertinentes aplicaron los test a tres personas pertenecientes a su círculo cercano, teniendo en cuenta algunas restricciones, con el objetivo de mantener un equilibrio en la distribución de la edad de la muestra. Estas restricciones obedecían al rango de edad de los entrevistados, el cual se estableció entre los 18 y 60 años. Además estas personas no debían tener un diagnóstico psicopatológico. Los estudiantes que participaron recibieron un certificado por su cooperación.

La muestra española se obtuvo usando la técnica de “bola de nieve”, a partir de grupos de estudiantes de pregrado de la carrera de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, quienes luego de recibir las instrucciones pertinentes, aplicaron los test a cuatro personas pertenecientes a su círculo de amigos, teniendo en cuenta algunas restricciones, con el objetivo de mantener un equilibrio en la distribución del género y de la edad de la muestra. Estas restricciones obedecían al rango de edad de los entrevistados, el cual se estableció entre los 18 y 60 años. Además estas personas no debían tener un diagnóstico psicopatológico. Los estudiantes que participaron recibieron créditos por su cooperación.

Cabe señalar que esta muestra está compuesta por cuatro submuestras, conformadas por diferentes números de participantes, con las características antes señaladas. Esta subdivisión fue establecida porque no a todas las submuestras se les aplicó la totalidad de los test debido a que provenían de otras investigaciones, por lo que se optó por registrar cada una de ellas con un código del 1 al 4. Específicamente el test SCL-90 fue aplicado a 80 sujetos, el de PULES y el SPSS a 193 sujetos y el BDI fue aplicado a 453 sujetos del total de la muestra española; ya que no fue aplicado en la submuestra código 2 y presenta merma de casos en la submuestra código 3.

Finalmente y sólo para la comparación intercultural del NEO PI R, los datos de la muestra chilena se compararon con los de la muestra española obtenida de similar manera, por Sanz y García Vera (2009), en su trabajo “Nuevos baremos para la adaptación española del Inventario de Personalidad NEO Revisado también (NEO-PI): Fiabilidad y datos normativos en voluntarios de la población”.

4.6.-Instrumentos de medida

4.6.1.- Cuestionarios de Personalidad aplicados en muestra española: EPQ-A y

NEO- PI

1 Cuestionario de Personalidad de Eysenck, Formulario A [EPQ (Eysenck y Eysenck, 1975)].

Este test operacionaliza lo que es la Teoría de tres factores de personalidad propuesto por Eysenck, el cual junto al modelo de los cinco factores, es uno de los modelos más utilizado en la actualidad. En esta muestra se ocupó la forma “A” de la adaptación española del test, debido al rango etario de los participantes. Este cuestionario mide tres áreas principales de la personalidad adulta normal: Neuroticismo (EPQ-N), Extraversión (EPQ-E) y Psicoticismo (EPQ-P); además tiene una escala de Sinceridad. Se aplica a personas desde los 16 años en adelante. Consta de 94 reactivos, para los que existe una escala dicotómica de respuesta: si – no. Estas respuestas se corrigen con ayuda de una plantilla de corrección, las puntuaciones directas posteriormente se pasan a centiles, con la ayuda de tablas o Baremos de población general, para varones y mujeres (Eysenck y Eysenck, 2000). La versión en español del EPQ muestra buenos índices de confiabilidad y validez, los coeficientes de consistencia interna para una muestra de mujeres españolas (N = 595) fueron los siguientes: Neuroticismo = 0,83, Extraversión = 0,82, Psicoticismo = 0,70, y la Escala de Sinceridad= 0,77. Para la muestra de varones españoles (n = 435), los coeficientes de consistencia interna se presentaron de la siguiente manera. Neuroticismo = 0,85, Extraversión = 0,82, Psicoticismo = 0,71, y la Escala de Sinceridad = 0,79 (Eysenck y Eysenck, 1986).

2 Inventario de Personalidad NEO PI (Costa y McCrae, 1985; adaptación M.D. Avia, 1990)

El inventario de Personalidad NEO es la aplicación más utilizada del Modelo de los cinco factores o factores principales de la personalidad, también llamados los “Cinco Grandes” (*big five*). Esto debido a que fue el primero desarrollado por Costa y McCrae (1985, citado en Avia et al., 1995). Este inventario consiste en medidas relativas a cinco Dimensiones o Factores, los cuales están conformados por grupos de rasgos intercorrelacionados. Estos rasgos específicos son denominados Facetas o Subfactores, entonces cada grupo homogéneo de facetas o subfactores conforma un Factor.

Estos Factores principales se presentan como las siguientes dimensiones: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad. Estas son descritas brevemente por Avia et al. (1995):

“Neuroticismo es la tendencia a experimentar malestar psicológico en forma de ansiedad, ira, depresión, vergüenza, asco y una variedad de otros efectos emocionales negativos. Esta dimensión incluye también la susceptibilidad a tener ideas poco realistas, mal control de la demanda, y estrategias ineficaces para afrontar el estrés. La Extraversión incluye sociabilidad, pero además características tales como la vivacidad, la alegría, la asertividad, y la necesidad de la actividad, de emoción y de estimulación. La Apertura comprende rasgos relacionados con la sensibilidad estética, la curiosidad intelectual, la necesidad de variedad, las actitudes no dogmática, y amplios intereses. Amabilidad implica confianza, altruismo y simpatía, y se contrasta con el Antagonismo cínico y egocéntrico. Por último, la

Responsabilidad abarca tanto un disciplinado esfuerzo por lograr los objetivos o metas, así como una estricta adhesión a los principios.

Esta versión del NEO-PI permite la valoración de facetas sólo en las tres primeras dimensiones o facetas: Neuroticismo, Extraversión y Apertura a la Experiencia.

En la presente investigación, en la muestra 2 (española) se utilizó la versión española del Inventario NEO-PI, traducida por María Dolores Avia. Para esta versión adaptada Silva et al. (1994, citado en Avia et al. 1995), analizaron la estructura y algunas propiedades psicométricas del test, obteniendo la siguiente consistencia interna (alfa de Cronbach) para los cinco Factores: Neuroticismo ($\alpha = 0,88$), Extraversión ($\alpha = 0,83$), Apertura a la experiencia ($\alpha = 0,86$), Cordialidad ($\alpha = 0,65$), y Conciencia ($\alpha = 0,83$). Con lo que demostraron que al utilizar muestras españolas, la estructura factorial del NEO-PI se asemeja a la obtenida con muestras de Estados Unidos.

Posteriormente Avia et al. (1995) aportaron datos de validez para el NEO-PI con respecto a algunas medidas clínicas y de salud y análisis factorial. Sus resultados, de acuerdo a lo esperado, apuntaron a una correlación positiva entre varias escalas clínicas (Beck Depression Inventory [BDI], La Escala de Ansiedad y Evitación Social [SAD], Escala de Actitudes disfuncionales [DAS], Cuestionario de Personalidad Esquizotípica [STQ: Escala de personalidad Límite, STB y Escala de personalidad esquizotípica, STA] y el factor Neuroticismo del NEO-PI ($p < 0,001$ en todas las correlaciones). Por otra parte también confirmaron que gran parte de las escalas clínicas utilizadas se correlacionaron negativamente con el factor Extraversión del NEO-PI (BDI, SAD, NIC, $p < 0,001$) y el DAS ($p < 0,01$).

Finalmente a través de un análisis factorial encontraron que el factor Neuroticismo del NEO-PI y del EPQ respectivamente, definieron un factor Neuroticismo; mientras el factor de Extraversión del NEO-PI y del EPQ respectivamente, también definieron un factor de Extraversión.

Si bien algunas facetas, como impulsividad especialmente, parecen cargar en el Factor de Extraversión, en vez de en Neuroticismo, en general los resultados de esta investigación indican que esta versión del NEO-PI (Costa y McCrae, 1985), posee una validez de constructo adecuada, entregando información consistente de los rasgos de un individuo en relación con experiencias emocionales, en las áreas de la ansiedad, la autoconciencia, la vulnerabilidad y la hostilidad, siendo por lo tanto un predictor de la susceptibilidad de la persona a la depresión.

Los ítems se responden en una escala de cinco puntos Likert a partir de "muy en desacuerdo " hasta " muy de acuerdo ". Dependiendo de la ubicación que obtenga la persona en cada uno de los factores se puede obtener un perfil de personalidad que dará cuenta de su estilo emocional, interpersonal, experiencial, actitudinal y motivacional (Costa y McCrae, 1999).

4.6.2. Cuestionarios de Personalidad aplicados en muestra chilena: EPQ-R y

NEO-PI-R.

1. Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado (EPQ-R, Eysenck y Eysenck, 2008)

Este cuestionario se puede aplicar de manera individual y colectiva a partir de los 16 años ; igual que la versión anterior evalúa tres dimensiones básica de la personalidad: Extraversión (escala E), Emotividad (escala de Neuroticismo o N) y

Dureza (escala de Psicoticismo o P) y una escala de Disimulo/conformidad (escala L). Contiene 83 reactivos, con una escala de respuesta dicotómica: si – no. Desde la teoría de personalidad de Eysenck se define el instrumento a partir de las dimensiones que se representan en cada escala como extroversión-introversión o neuroticismo-estabilidad emocional. Este instrumento basado en la teoría de rasgos, señala que el perfil de personalidad se conforma por los rasgos correlacionados que van a determinar la dimensión correspondiente que mejor describe al individuo evaluado. Se asume desde esta perspectiva que los rasgos y dimensiones son relativamente estables y duraderos. Uno de los aspectos que destaca el modelo de personalidad de Eysenck es que concibe las dimensiones de personalidad estrechamente ligadas a los mecanismos biológico subyacentes sustentándose en investigaciones sobre genética-ambiente de la personalidad, estudios transculturales y estudios en animales (Eysenck y Eysenck, 2008). La versión revisada del EPQ, surge tras las críticas de la incorporación de la escala de Psicoticismo y sus debilidades psicométricas, por lo que en esta nueva versión revisada, la escala de Psicoticismo cuenta con mejores niveles de consistencia interna para hombres y mujeres (Squillace, Picón y Schmidt, 2013)

2. Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R; Costa y McCrae, 1999).

Este es un inventario de autoinforme conformado por 240 ítems con escalas de tipo Likert de 5 puntos (de 0 a 4) . Operacionaliza el modelo teórico de la personalidad de los Cinco Grandes, por lo que evalúa la personalidad en los cinco factores que propone esta Teoría: Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura a la Experiencia(O), Amabilidad (A) y Responsabilidad (C). En esta versión revisada

cada una de estas dimensiones o factores está conformado por 48 ítems, luego cada uno de los cinco factores se subdivide en 6 facetas, conformándose 30 escalas específicas cada una de 8 ítems. Estas últimas pretenden medir las facetas o factores específicos de personalidad que plantean Costa y McCrae (1992) que explican el Modelo de los Cinco Grandes.

La adaptación española de NEO PI publicada y comercializada hasta la actualidad (Costa y McCrae, 1999), se obtuvo a partir de una gran muestra de sujetos en procesos de selección de personal, lo que ha generado que los baremos obtenidos para la muestra estén teñidos por una alta deseabilidad social. Trabajos anteriores habían mostrado discrepancias consistentes entre candidatos a un puesto laboral y participantes voluntarios en sus respuestas a los cuestionarios de personalidad (Hough, 1998; Sanz, Gil, Barraza y García-Vera, 2006, citados en Sanz y García-Vera, 2009) por lo que los baremos obtenidos en la publicación comercial del NEO PI-R para la muestra española, impresionan diseñados para contextos de evaluación donde los participantes se presentan con alto nivel de deseabilidad social. Esto no parece pertinente cuando se deben llevar a cabo evaluaciones en contextos donde los sujetos no tienen un fin ganancial al completar los cuestionarios, como en contextos de investigación experimental, de diagnóstico, de análisis vocacional, por ejemplo. A partir de este fundamento Sanz y García Vera (2009) aplicaron el cuestionario a una muestra española que participó de manera voluntaria (N=682) y obtuvieron baremos distintos a los de la versión comercial de la adaptación del NEO PI-R. En esta investigación se procedió a comparar estos baremos con los resultados obtenidos en la muestra chilena, considerando que si bien el tamaño de las muestras es distinto,

guarda similitudes a nivel de conformación muestral .

4.6.3-Escalas Clínicas

Inventario de Depresión de Beck (BDI); (Beck, Rush, Show y Emery, 1979).

Este test se conoce por su acrónimo BDI, el que obedece a su nombre original: Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, citados en Sanz y Vázquez, 1998).

Devilly (2004), señala que la primera versión del BDI fue estrenada en 1961 por Beck et al. En 1971 se llevó a cabo la revisión del test original y en 1978 aparece publicado según los derechos de autor (Groth-Marnat, 1990; citado en Devilly, 2004). Ambas versiones, la original y la revisada, están altamente correlacionadas ($r=.94$), (Lightfoot y Oliver, 1985; citado en Devilly, 2004)

El Inventario de Depresión de Beck, consiste en una escala de 21 ítems ampliamente utilizada para medir y clasificar actitudes y síntomas característicos del estado de ánimo depresivo (Beck et al., 1961 citado en Sanz y Vázquez, 1998; Ruiz-Caballero y Donoso-Cortés, 1999). “No es un instrumento diagnóstico... [sino que permite estimar] la profundidad de la depresión en pacientes con cualquier diagnóstico” (Conde y Franch, 1984, p. 77).

Los ítems están elaborados dando mayor importancia a los componentes cognitivos de la depresión frente a los conductuales y somáticos (Conde y Franch, 1984).

El instrumento consta de varias formas y versiones: formas automatizadas y formas de ficha (May, Urquhart, Tarran, 1969, citado en Devilly, 2004), la versión original heteroaplicada de 21 ítems, la versión de 21 ítems autoaplicada (que fue la

utilizada en este trabajo), una versión breve de 13 ítems desarrollada por el mismo autor en 1974 y la versión más reciente, el BDI-II [2da edición], desarrollado por Beck, Steer y Brown, 1996.

El test aunque inicialmente fue diseñado para ser heteroaplicado, es utilizado generalmente como cuestionario autoaplicado y así se utilizó en esta investigación (Conde y Franch, 1984). Requiere que la persona a contestar tenga un grado de lectura de quinto o sexto grado, y su aplicación demora aproximadamente 10 minutos (Deville, 2004). Como se señaló antes, el test aplicado en este trabajo consta de 21 ítems que evalúan la intensidad de la depresión. En cada uno de estos ítems el sujeto debe elegir entre cuatro frases, aquella que mejor interprete su estado anímico durante la última semana, incluyendo el día en que se completa el cuestionario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la alternativa que haya escogido, posteriormente se suman todos los puntos para obtener el puntaje total. El puntaje mínimo es de 0 puntos y el máximo de 63. Si el sujeto elige más de una alternativa, sólo se puntuará la de mayor puntaje. En el ítem 19, que dice relación con la pérdida de peso, sólo se puntuará si la persona no está bajo una dieta alimentaria. Si está bajo régimen, se debe puntuar cero (Sanz y Vázquez, 1998).

Para la interpretación de los puntajes y con el objetivo de diferenciar sujetos deprimidos de los no deprimidos, se utilizó como punto de corte una puntuación de 18. Sanz y Vázquez (1998) señalaron que este puntaje maximizaba la exactitud diagnóstica del BDI, aunque si bien el test no entrega un diagnóstico, sino una cuantificación de sintomatología de tipo depresiva. Estos autores se refieren a que con este puntajes la sensibilidad, especificidad, poder de predicción y eficiencia

diagnóstica del BDI aumenta (Red y Rajaba, 1995; Chan, 1991, citados en Sanz y Vázquez, 1998).

En esta investigación se entenderá la depresión a partir de la perspectiva de Beck planteada en su obra *Terapia Cognitiva de la depresión* (Beck, Rush, Shaw, Emery, 2002). En ella plantea los conceptos que darían lugar a la depresión, que serían: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2002). En la triada cognitiva menciona básicamente que el sujeto depresivo desarrolla una visión negativa de sí mismo, de sus interacciones con el mundo y del futuro. Mientras que los esquemas que plantea se entienden básicamente como la conceptualización que realiza el sujeto al interactuar con distintos estímulos. Considerando su regularidad en el tiempo, estos estilos de conceptualización pasan a ser patrones cognitivos estables que se denominarán esquemas y que van a dar origen a las respuestas del sujeto frente al amplio conjunto de estímulos con los que interactúa. Los errores cognitivos son reforzadores de los pensamientos negativos del sujeto depresivo. Se clasifican en: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento absolutista – dicotómico.

Con respecto a la confiabilidad del test, Beck, Steer y Garvin (1988, citados en Devilly, 2004), señalaron que la consistencia interna del test se extendía de 0.73 a 0.92, con una media de 0.86. Por otra parte, este mismo grupo de investigadores aportó el dato de una alta consistencia interna del BDI, manifestado por el coeficiente alfa de 0.86 y 0.81 para poblaciones psiquiátricas y no psiquiátricas, respectivamente. En cuanto a la validez de contenido, según la American Psychiatric Association (APA, 1994; citado en Sanz y Vázquez, 1998), señala que los artículos del BDI revisado son compatibles con seis de las nueve categorías del DSM- IV para

el diagnóstico de depresión, además cabe señalar que todo el contenido del BDI se consiguió a partir de un consenso de síntomas clínicos de pacientes catalogados como deprimidos (Beck et al., 1961; citado en Devilly, 2005)

Sanz y Vázquez (1998), quienes realizaron un estudio de fiabilidad, validez y datos normativos del BDI, a partir de muestras españolas, aportaron los siguientes datos:

Las cifras de *fiabilidad* del BDI fueron altas tanto en el índice de consistencia interna (Alfa de Cronbach =.83), como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilaron entre 0.60 y 0.72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total). Los índices de *validez convergente* del BDI con respecto a la Escala Autoaplicada de Zung (ZUNG Self-Rating Depression Scale, Zung, 1965; citado en Sanz y Vázquez, 1998), fueron también altos con correlaciones que oscilaban entre 0,68 y 0,89 para dos subgrupos diferentes de la muestra total. La validez discriminante del BDI respecto a diversos rasgos específicos de ansiedad medidos con autoinformes (ansiedad social, evaluativo, interpersonal y a los exámenes) fue aceptable, con correlaciones relativamente bajas que oscilaban entre 0,11 y 0,45. No se encontraron diferencias entre sexos ni entre grupos de edad en la puntuación total del inventario, por lo que se ofrecen puntuaciones normativas para la muestra total. (p.303)

Con respecto a esto último, ya en 1965, Metcalfe y Goldman y en 1974, Johnson y Heather, no sólo demostraron la sensibilidad del BDI al reflejar cambios de estados de ánimo depresivo en el seguimiento de pacientes tratados, sino que también se corroboró la independencia del test de factores como la edad, el sexo y el CI del paciente (Conde y Franch, 1984).

Finalmente cabe señalar, que este test ha sido sometido a estudios factoriales, pero con resultados inconsistentes. Pichot y Lemperiere (1964, citados en Conde Franch, 1984), quienes se dedicaron a esta tarea, adaptando el BDI a la población francesa encontraron que los ítems del test se agrupaban en dos factores principales:

1º Factor, relacionado con Aspectos vitales y manifestaciones somáticas (fatiga, pérdida de apetito y de peso, preocupaciones somáticas, problemas de sueño y pérdida de la libido).

2º Factor, relacionado con la agresividad (sentimientos de fracaso, castigo y culpa).

Cuestionario de Personalidad Esquizotípica (Schizotypy Questionnaire ,STQ; Claridge & Brooks, 1984; versión española de Carrillo y Rojo, 1999).

Este instrumento evalúa rasgos psicóticos en población normal. Está conformado por dos escalas: La escala de personalidad Esquizotípica (STA), que refleja criterios diagnósticos del DSM-IV para trastorno de personalidad esquizotípico y una Escala de Personalidad Límite (STB), la cual refleja criterios diagnósticos para trastorno de personalidad límite según el DSM IV. El STQ parece ser una medida fiable y válida de características psicóticas. Jackson y Claridge (1991) establecieron la fiabilidad test -retest para la STQ en una muestra adulta normal después de un largo periodo de cuatro años. Las escalas STA y STB alcanzaron coeficientes de fiabilidad test-retest de .64 y .65 respectivamente ($N = 228$). Claridge and Brooks (1984), en un análisis de validez , refirieron que la escalas STA y STB correlacionaron significativamente

con una forma temprana de la Escala de Psicoticismo del test Eysenck , que tenía un contenido más psicótico que otras versiones.

Jackson y Claridge (1991) compararon las medias de las escalas STA and STB en una muestra normal y una clínica, ambos factores presentaron diferencias significativas en las dos muestras . El puntaje en la muestra clínica fue más alto que en la muestra de población normal. (Carrillo, Rojo y Staats, 2004).

SCL 90-R Inventario de Síntomas de Derogatis-Revisado

Este instrumento, desarrollado por Derogatis y sus colaboradores (Derogatis, 1994; Derogatis, Lipman & Covi, 1973, citados en Rivera, Caballero, Pérez y Montero, 2013), entrega una medida de malestar psicológico.

El inventario está compuesto por 90 ítems representativos de los síntomas psiquiátricos más característicos de los síndromes que el inventario evalúa. Por ejemplo, el ítem 1 corresponde a "Dolores de cabeza " (pertenece a la dimensión de Somatización), el ítem 16 es "Escuchar voces que otras personas no oyen" (integra la dimensión de Psicoticismo), el ítem 38 señala "Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro(a) de que están bien hechas" (es un síntoma de la dimensión de Obsesiones) y el ítem 66 que dice "Dormir mal o tener un sueño poco reparador", forma parte del grupo de ítems adicionales (estos son sólo 7 de los 90 reactivos), los que se agregan al cálculo de los índices globales y se utilizan individualmente como marcadores clínicos relevantes (Gempp y Avendaño, 2008). La persona que complete este inventario deberá seleccionar mediante una escala tipo Likert de cinco grados, hasta qué punto se ha sentido molesto/a, durante los últimos

siete días, por una serie de 90 problemas. La escala tipo Likert va desde 0 (no le ha molestado en absoluto) a 4 (le ha molestado de manera extrema).

El SCL 90-R cuenta con versiones adaptadas, disponible en más de 26 lenguas, habiéndose adaptado al español para distintos contextos iberoamericanos (v. gr., Caparrós, Villar, Ferrer & Viñas, 2007; Cruz, López, Blas, González & Chávez, 2005; Gempp & Avendaño, 2008, citados en Rivera, Caballero, Pérez y López, 2013). Este test cuenta con la preferencia de los investigadores y profesionales del área de la salud mental debido a que es un instrumento de fácil aplicación y corrección (es un inventario autoadministrado, las instrucciones e ítems utilizan un vocabulario simple y requieren un mínimo de comprensión lectora para ser respondido correctamente), permite tamizar sintomatología en varios niveles de complejidad (un nivel global, un nivel dimensional y un nivel sintomático), y además exhibe buenas propiedades psicométricas. Gempp y Avendaño (2008), quienes realizaron una estandarización del instrumento para muestra chilena, señalaron que el SCL 90-R tiene propiedades psicométricas apropiadas y estables a través del tiempo, países, grupos de edad y tipos de población evaluada (en población normal y clínica). La fiabilidad de las nueve dimensiones alcanza valores cercanos o superiores a $r = 0.70$ en la mayoría de los estudios de fiabilidad test-retest y en torno a 0.80 en los análisis de consistencia interna (Derogatis, 1994; Derogatis & Savitz, 2000, citados en Gempp y Avendaño, 2008).

Junto con lo anterior, una multiplicidad de estudios realizados desde 1980 en adelante han acreditado la validez del SCL-90-R, de sus índices globales y de las dimensiones específicas, detallados en Gempp y Avendaño, 2008. Incluso refieren trabajos que consolidan el empleo de este inventario como criterio para evaluar

cambios sintomáticos inducidos por farmacoterapia y psicoterapia. Además de la validez convergente, estos autores hacen referencia a la validez concurrente y predictiva del inventario y de sus escalas, utilizando como criterios otros instrumentos de evaluación clínica, escalas de screening, diagnósticos psiquiátricos, protocolos de evaluación estructurada o indicadores de recidiva, principalmente (Derogatis & Savitz, 2000, citado en Gempp y Avendaño, 2008).

El único componente de la validez del SCL-90-R sobre el que no existe completo acuerdo es la Validez factorial del instrumento. Aunque los autores del inventario proponen que la estructura de nueve dimensiones es básicamente estable (Derogatis, 1994; Derogatis & Cleary, 1977a, 1977b; Derogatis & Savitz, 2000), los estudios independientes obtienen resultados inconsistentes entre sí (Gempp y Avendaño). Las nueve dimensiones del instrumento son: somatización, obsesión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.

4.6.4.- Escalas de Emociones Positivas y Negativas

Escala Tharl (Dua, 1989, 1990; versión castellana de Dua y Carrillo, 1994).

La Escala de Tharl (Dua, 1989, 1990) incluye ítems o reactivos que miden el grado en que las circunstancias de vida del individuo se le presentan como estímulos generadores de emoción, discriminando entre emociones positivas y negativas y si éstas emociones son generadas a partir de pensamientos o experiencias cotidianas en el periodo del último mes, en relación a estímulos significativos de vida, como uno mismo, la familia, los amigos, el trabajo y el mundo en general.

Básicamente, el tipo de respuesta emocional que se proyecta ante los estímulos de vida que acá se presentan, sea respuesta emocional positiva o negativa, será un factor determinante a la hora de evaluar la presencia de un cuadro depresivo. Y el grado con que la persona experimente la depresión tendrá directa relación con la cantidad de estímulos de vida que le generen respuestas emocionales positivas o respuestas emocionales negativas (Carrillo et al. 2004).

La escala de THARL tiene una versión en español, la cual estuvo a cargo de Dua y Carrillo (1994). Contiene cuatro subescalas: Emociones Positivas a partir de Pensamientos, Emociones Positivas a partir de Experiencias de la vida real, Emociones Negativas a partir de Pensamientos y Emociones Negativas a partir de experiencias de la vida real. La escala presenta 14 ítems y los participantes deben indicar, en una escala de 0 a 100, el grado en que sus pensamientos o experiencias de la vida real provocan emociones positivas y emociones negativas.

Este instrumento, junto al BDI (Beck, Rush, Show y Emery, 1979), ha sido utilizado antes en trabajos de la misma línea de investigación, como en el trabajo de Carrillo et al (2004), donde buscaba factores clínicos y de personalidad a partir del NEO PI (Costa y McCrae, 1985) y del EPQ-A (Eysenck y Eysenck, 1975) para entender la vulnerabilidad a la depresión en la mujer. Posteriormente también se utilizó la escala THARL en la evaluación del papel de la emociones positivas y negativas en la predicción de depresión, donde se intentó validar el principio de adición de las emociones propuesto en el Conductismo Psicológico (Carrillo, Collado, Rojo y Staats, 2006)

En esta investigación se trabajó con las cuatro subescalas de THARL, a partir de las cuales se elaboraron dos variables compuestas. La primera variable compuesta por las subescalas Emociones negativas a partir del pensamiento y Emociones

negativas a partir de la vida real se denominó THARLNEG; mientras que la segunda variable conformada por emociones positivas a partir de pensamientos y emociones positivas a partir de la vida real se denominó THARLPOS.

Escala PULES (versión experimental, Davis y Burns 1999)

Llamado originalmente Pleasant-Unpleasant Life Events Schedule esta es una escala en estado experimental en su cuarta versión, desarrollado para calificar eventos positivos y negativos. Evalúa específicamente la percepción subjetiva de las personas respecto de intensidad de la respuesta emocional frente a eventos positivos y negativos, así como la frecuencia con que ocurren estos eventos positivos y negativos en un periodo de 30 días. El instrumento está conformado por cuatro listas:

1. Intensidad de emociones negativas (IEN),
2. Frecuencia de sucesos negativos (FSN),
3. Intensidad de emociones positivas (IEP) y
4. Frecuencia de sucesos positivos (FSP).

Cada lista consta de 54 reactivos que describen determinados eventos, cuyas posibles respuestas están distribuidas tipo escala Likert del 1 al 5; en las dos listas que evalúan Intensidad de la emoción, sea positiva o negativa, las respuestas van desde Emociones neutrales (1) a Emociones extremadamente negativas o positivas (5), dependiendo de la escala. Mientras que en las dos listas que evalúan Frecuencia de ocurrencia de sucesos, sean estos positivos o negativos, las respuestas van desde Ninguna vez (1) a Todos los días aproximadamente (5).

De acuerdo a investigación publicada por Davis y Burns (1999), este formato piloto de la escala de PULES junto al BDI, fueron aplicados a una muestra de 1089 estudiantes universitarios, con el objetivo de generar un análisis de la vulnerabilidad a la depresión desde el marco conceptual del Conductismo psicológico. De acuerdo a

los resultados esta escala cuenta con adecuado nivel de consistencia interna, y se confirmó, como en estudios anteriores (Rose y Staats, 1988, citado en Davis y Burns 1999), una correlación significativa con el BDI encontrando la siguientes relaciones:

- sujetos que presentaron alta intensidad emocional positiva y que reportaron baja frecuencia de sucesos positivos, se asociaron a índices de depresión leve, mientras que aquellos que refirieron alta intensidad emocional positiva y una alta frecuencia de sucesos positivos no presentaban índices de depresión.
- Por otra parte aquellos sujetos que presentaron una baja intensidad emocional positiva, si además presentaban una alta o baja frecuencia de eventos positivos, no influyó en la presencia de indicadores de depresión, que para estos grupos se presentó en niveles leves.
- El grupo de sujetos que reportó alta intensidad emocional positiva con alta frecuencia de eventos positivos mostró índices normales en su estado de ánimo, mientras que aquel grupo de sujetos con alta intensidad emocional negativa y baja frecuencia de eventos positivos sí presentaron asociación significativa con niveles leves de depresión.
- En cuanto a las emociones negativas, aquellos sujetos que presentaron baja intensidad emocional negativa con alta o baja frecuencia de eventos negativos, no presentaron diferencias significativas en niveles de depresión.
- Aquellos sujetos que reportaron alta intensidad emocional negativa y además una alta frecuencia de eventos negativos presentaron índices de depresión significativamente más altos que aquellos que reportaron alta intensidad emocional negativa y baja frecuencia de sucesos negativos,

porque lo primeros se asociaron a índices de depresión leve, mientras que los segundos se asociaron a rangos normales en el estado de ánimo.

A partir de estos resultados se concluyó que las circunstancias ambientales (como la frecuencia de sucesos), fueron significativamente importantes en la predicción de depresión para sujetos con un determinado tipo de personalidad, mientras que para otros las circunstancias ambientales fueron menos determinantes. Entonces la importancia de las circunstancias ambientales estaría en función de la naturaleza del sistema emocional-motivacional de cada individuo (Davis y Burns 1999).

Encuesta Medición del Desempeño Social (The Social Performance Survey Schedule, SPSS; Lowe & Cautela, 1978)

Este instrumentos es un cuestionario de 100 reactivos que describen conductas sociales, siendo desarrollado para evaluar la conducta poco sociable y la prosocial. Este cuestionario requiere que los participantes califiquen la frecuencia con la que se involucran en cada uno de los 100 comportamientos descritos en los ítems. Con una escala de 5 puntos (desde el 0 al 4), que van desde " en absoluto " a " mucho ". Cincuenta reactivos incluyen comportamientos asociados con rasgos prosociales (por ejemplo: ser cálido, simpático, sensible) como " usa el contacto visual al hablar ", y " muestra interés en lo que otro está diciendo ". Los otros cincuenta reactivos incluyen comportamientos asociados con rasgos antisociales (por ejemplo: ser manipulador, grosero, insensible), tales como " interrumpe a menudo ", " se mete en polémicas ", " hace comentarios vergonzosos ". Este cuestionario se ha utilizado en varias poblaciones incluyendo en estudiantes (Lowe, 1985), pacientes con lesión cerebral traumática (McDonald, et al. 2008; McDonald, Flanagan, Martin, y Saunders, 2004),

y pacientes con trastorno psiquiátrico (Lowe, 1982). Tiene una forma de autoaplicada y otra para el observador, una alta consistencia interna ($\alpha = 0,94$) y fiabilidad repetición de la prueba ($r = 0,87$; Lowe & Cautela, 1978), así como la validez en las poblaciones psiquiátricas y estudiantiles (Lowe, 1982, 1985).

5.- Análisis de datos

En este trabajo se aplicaron las siguientes técnicas de análisis de datos, mediante los paquetes estadísticos Statgraphics Centurion XVII y el IBM SPSS Statistics 21 .

1. Se realizó un análisis de regresión lineal simple para evaluar el valor predictivo de la personalidad, respecto de la escala de Depresión utilizada (BDI). La Personalidad fue entendida a partir de factores de personalidad de los distintos cuestionarios aplicados (EPQ-A; EPQ-R; NEO-PI y NEO PI_R).
2. Además se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple en aquellos casos en que los factores de un mismo test correlacionaban significativamente con los índices de depresión.
3. Se realizó la prueba t para comparar medias. Esto se llevó a cabo entre hombres y mujeres, en cada uno de los test de personalidad. Señalando cuando se supone o no homogeneidad de varianzas en cada una de las muestras.
4. Al realizar la interpretación de los resultados y posterior discusión, en el análisis comparativo del NEO PI-R en muestra chilena y española, este último análisis se realizó a partir de los baremos españoles publicados por Sanz y García-Vera (2009), considerando que en su trabajo el instrumento aplicado fue el mismo que en la muestra chilena: La versión NEO PI Revisada. Previamente se realizó un análisis de variabilidad de la muestra femenina de ambas muestras (chilena y

española) en las variables de edad y educación, para reducir la posibilidad de que los hallazgos se debieran a otras variables distintas del género.

El nivel de significación establecido para todas las pruebas aplicadas fue de .05, de acuerdo a lo cual todas aquellas pruebas que obtengan una probabilidad asociada igual o menor a .05, serán significativas. Además se calculó la *d* de Cohen como medida del tamaño del efecto en estas comparaciones de medias en muestras independientes.

6.- Resultados

6.1 Resultados en la muestra de Chile

H1 Los test de personalidad, en la medida de que miden aspectos cognitivos, instrumentales y emocionales, así como circunstancias de vida emocional del individuo, serán predictores de depresión en la muestra chilena.

Tabla 1

Correlación entre puntuaciones del BDI y factores involucrados en el test EPQ-R en muestra chilena

Factores de personalidad	r	R²	p
N	0.55	0.31 ^a	**
E	-0.26	0.07 ^a	**
P	0.29	0.08 ^a	**
S	-0.07	0.00	0.17

NOTA: N= Neuroticismo, E= Extraversión, P= Psicoticismo y S= Sinceridad.

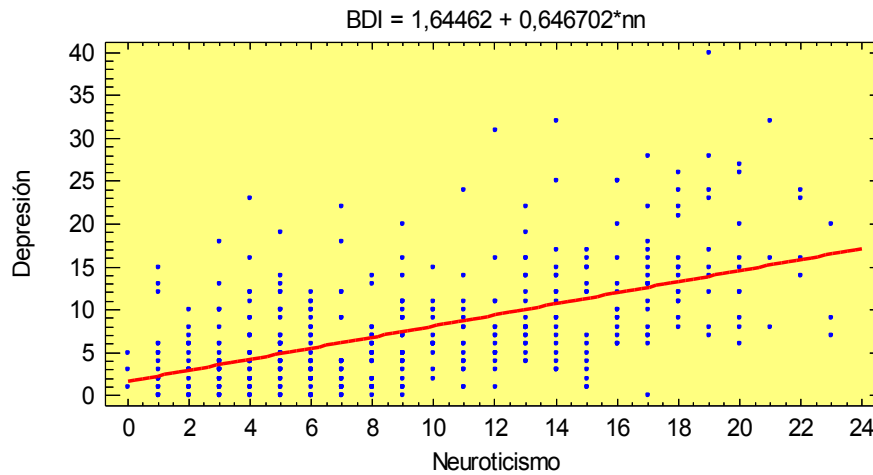
^a Los factores de personalidad del EPQ-R : Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo están significativamente relacionados con la depresión (BDI)

El coeficiente de correlación más alto corresponde a $R^2 = 0,31$, del factor Neuroticismo (N) del EPQ-R, que significa que el 31% de la varianza del nivel de depresión (BDI) es explicada por la variación del nivel de Neuroticismo del EPQ-R

Resultados significativos en negrita (** $p < .01$), con un N=430

En el siguiente gráfico de dispersión se muestra la recta que mejor ajusta los datos.

Gráfico 1: Depresión (BDI) v/s Neuroticismo (EPQ-R) en muestra chilena



Al realizar la regresión múltiple, considerando las variables que están relacionadas con la depresión (BDI), se obtiene el siguiente modelo

$$BDI = 3,42151 + 0,569471*nn - 0,168944*ee + 0,238197*pp$$

Los coeficientes del modelo se interpretan de la siguiente manera.

- (0,569471) Si el nivel de Neuroticismo del EPQ-R aumenta en una unidad, el nivel de la depresión (BDI) aumenta en 0,594503 unidad.
- (-0,16844) Si el nivel de Extraversión del EPQ-R aumenta en una unidad, el nivel de la depresión (BDI) disminuye en 0,171366 unidad.
- (0,238197) Al aumentar el nivel de Psicoticismo del EPQ-R en una unidad, el nivel de depresión (BDI) aumenta en 0,270341 unidad.

Tabla 2

Correlación entre puntajes de depresión del BDI y facetas del test de Personalidad NEO PI-R en muestra chilena.

Facetas de personalidad	<i>r</i>	(<i>R</i> ²)	<i>p</i>
n1 Ansiedad	0.35	0.12	**
n2 Hostilidad	0.32	0.10	**
n3 Depresión	0.52	0.27 ^a	**
n4 Autoconsciencia	0.31	0.10	**
n5 Impulsividad	0.18	0.03	**
n6 Vulnerabilidad	0.40	0.16	**
e1 Cordialidad	-0.26	0.07	**
e2 Gregarismo (afiliación)	-0.24	0.06	**
e3 Asertividad	-0.28	0.08	**
e4 Actividad	0.03	0.00	**
e5 Búsqueda de Emociones	-0.03	0.00	0.59
e6 Emociones Positivas	-0.26	0.07	**
o1 Fantasía	0.02	0.00	0.73
o2 Estética	0.06	0.00	0.26
o3 Sentimientos	-0.02	0.00	0.74
o4 Acciones	-0.08	0.01	0.10
o5 Ideas	-0.04	0.00	0.40
o6 Valores	-0.03	0.00	0.57
a1 Confianza	-0.24	0.06	**
a2 Franqueza	-0.04	0.00	0.45
a3 Altruismo	-0.12	0.02	0.01
a4 Actitud Conciliadora	-0.08	0.01	0.11
a5 Modestia	0.15	0.02	**
a6 Sensibilidad a los demás	-0.05	0.00	0.27
c1 Competencia	-0.32	0.10	**
c2 Orden	-0.03	0.00	0.51
c3 Sentido del deber	-0.12	0.01	0,01
c4 Necesidad de Logro	-0.19	0.04	**
c5 Autodisciplina	-0.23	0.05	**
c6 Deliberación	-0.13	0.02	0.06

Nota.:

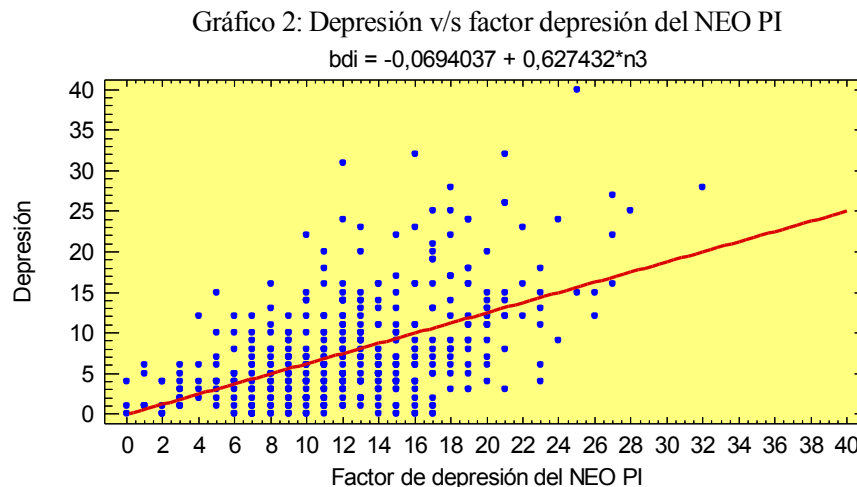
Los resultados incluidos en la tabla indican que la depresión (BDI), está relacionada leve, pero significativamente con las facetas n1, n2, n3, n4, n5, n6, e1, e2, e3, e4, e6, a1, a3, a5, c1, c3, c4 y c5, porque el nivel de significación asociado es $p < .05$.

^a Para la faceta de depresión del NEO PI-R (n3), se tiene un $R^2 = 0,27$, esto significa que el 27,46% de la variación del nivel depresión del BDI en la muestra ($N = 428$), es explicada por la variación de esta faceta del NEO PI-R, siendo la que más explica.

Los niveles de asociación significativa ($p < .05$ y $**p < .01$), aparecen en negrita.

Al realizar la regresión para este factor se obtiene el siguiente gráfico de dispersión, donde se muestra la recta que mejor ajusta los datos.

Gráfico 2: Depresión (BDI) v/s Subfactor de Depresión del NEO PI-R en muestra chilena.



Subfactor de Depresión del NEO PI-R

El modelo de regresión múltiple al considerar las facetas del NEO PI-R relacionadas con la depresión es el siguiente:

Ecuación asociada a Tabla 2

$$bdi = -0,328585 + 0,110006*n1 + 0,0493439*n2 + 0,448132*n3 - 0,10143*n4 + 0,103698*n5 + 0,122884*n6 - 0,0595829*e1 - 0,0496247*e2 - 0,047382*e3 - 0,11942*e4 + 0,00985659*e6 - 0,0755845*a1 + 0,0472457*a3 + 0,0504868*a5 - 0,159479*c1 + 0,256429*c3 + 0,00141744*c4 + 0,0420536*c5$$

En este modelo se puede destacar el coeficiente del subfactor depresión (n3) del NEO PI-R, que indica que si se produce un aumento del nivel de este subfactor en una unidad el nivel de depresión del BDI aumenta en $\approx 0,45$ unidad.

Finalmente y para dar respuesta a la H1, se puede decir que sí se cumple, puesto que a partir de los resultados expuestos en la tabla 1 y 2, los test de personalidad pueden predecir depresión en la muestra chilena; especialmente a partir

del Factor de Neuroticismo del EPQ-R y del subfactor de depresión (N3) del NEO PI-R.

H₂ Existen diferencias de género con respecto a las características emocionales de la personalidad y a las circunstancias de vida emocional en la muestra chilena.

Tabla 3
Comparación de factores del EPQ-R según género en muestra chilena.

Factores	Mujeres		Varones		<i>t</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
N	10.79 ^a	5.80	8.16	5.16	4.99	0.5	<.001
E	12.02	4.13	13.40 ^b	3.65	-3.68	-0.4	<.001
P	4.49	3.15	4.82	2.91	-1.12	-0.1	0.26
S	8.69	3.27	9.84 ^b	3.94	-3.24	-0.3	<.001

Nota: N=Neuroticismo, E= Extraversión, P= Psicoticismo y S= Sinceridad

^a El nivel promedio de Neuroticismo de las mujeres (N=187) es superior al de los varones (N=252) de manera significativa; la diferencia de medias acusa un tamaño del efecto mediano (en negrita).

^b Al revés ocurre respecto de la Extraversión y Sinceridad, donde el nivel promedio de los varones es significativamente mayor al de las mujeres, sin embargo el tamaño del efecto en este caso es pequeño.

Las diferencias significativas ($p < .05$) se muestran en negrita.

Tabla 4
Comparación de factores del NEO PI-R según género en muestra chilena.

Factores de personalidad	Mujeres		Varones		<i>t</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
N	52.23	9.97	52.42	8.96	-0,21	-0.02	0,84
E	47.41	10.32	^b 49.98	8.86	-2,73	-0.03	<.01
O	^a 46.85	9.87	44.48	9.21	2,59	0.25	<.01
A	39.83	9.98	40.06	8.01	-0,26	-0.03	0,80
C	40.72	9.50	^b 42.70	10.05	-2,09	-0.20	0,02

Nota: N= Neuroticismo, E= Extraversión, O= Apertura a la Experiencia, A= Amabilidad, C= Responsabilidad.

^a Las mujeres (N=187), presentan un promedio significativamente mayor a los varones (N=254) en el factor Apertura (O) aunque el tamaño del efecto es pequeño.

^b Los varones presentan significativamente mayor promedio que las mujeres en los factores de Extroversión (E) y Responsabilidad (C), este último tiene un tamaño del efecto pequeño. Para el factor de Neuroticismo (N) y Amabilidad (A), si bien las mujeres obtuvieron mayores promedios, el valor *p* asociado sobrepasa el nivel de significancia establecido, por lo que se asume que no existen diferencias significativas entre géneros en estos factores de personalidad del NEO PI-R.

Las diferencias significativas ($p < .05$) aparecen en negritas.

Tabla 5
Comparación de facetas del NEO PI-R según género en muestra chilena.

Facetas de personalidad	Mujeres		Varones		<i>t</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
n1 Ansiedad	16.94 ^{ac}	5.22	14.90	4.00	4.45	0.44	*< .001
n2 Hostilidad	12.50	4.82	12.17	4.37	0.76	0.07	0.45
n3 Depresión	12.98 ^{ac}	5.97	11.87	5.04	2.06	0.20	*0.02
n4 Autoconciencia	14.05	4.87	13.87	4.14	0.41	0.04	*0.68
n5 Impulsividad	6.33 ^{ac}	4.22	15.07	3.81	3.29	0.31	< .001
n6 Vulnerabilidad	12.14 ^{ac}	4.96	10.11	4.40	4.54	0.43	< .001
e1 Cordialidad	21.40	4.83	21.32	4.25	0.18	0.02	0.86
e2 Gregarismo	17.83	5.47	18.47	4.70	-1.32	-0.13	0.19
e3 Asertividad	17.61	5.27	18.64 ^b	4.41	-2.18	-0.21	*0.01
e4 Actividad	17.27	4.38	17.92	4.30	-1.56	-0.15	0.12
e5 Búsqueda emociones	16.23	4.74	17.90 ^b	4.13	-3.87	-0.38	*< .001
e6 Valores	21.20	5.35	20.64	4.68	1.53	0.11	*0.25
o1 Fantasía	18.60	4.91	17.86	3.96	1.70	0.17	*0.09
o2 Estética	19.68 ^a	5.48	18.0	4.83	3.41	0.33	< .001
o3 Sentimientos	19.76 ^a	4.20	18.54	3.73	3.23	0.31	< .001
o4 Acciones	16.21	3.85	15.69	3.40	1.50	0.14	0.13
o5 Ideas	18.34	5.55	18.65	4.95	-0.61	0.06	0.54
o6 Valores	19.97 ^a	4.08	17.95	3.79	5.35	0.51	< .001
a1 Confianza	18.99	4.61	18.40	4.41	1.37	0.13	0.17
a2 Franqueza	18.47 ^a	4.69	17.63	4.28	1.97	0.19	0.02
a3 Altruismo	21.85 ^{ac}	5.06	20.96	4.44	1.96	0.19	0.05
a4 Actitud Conciliadora	16.84	5.14	17.60	4.50	-1.62	-0.16	*0.11
a5 Modestia	17.73 ^{ac}	4.43	15.83	3.80	4.71	0.46	*< .001
a6 Sensibilidad a los demás	21.04	4.27	20.33	3.90	1.81	0.17	0.07
c1 Competencia	20.27	4.34	20.67	4.27	-0.96	-0.09	0.34
c2 Orden	18.10	4.66	18.67	4.15	-1.35	-0.13	0.18
c3 Sentido del deber	21.14	4.35	21.67	4.46	-1.23	-0.12	0.22
c4 Necesidad de Logro	20.94	4.52	21.20	4.26	-0.62	-0.06	0.54
c5 Autodisciplina	19.32	4.94	20.01	4.73	-1.48	-0.14	0.14
c6 Deliberación	19.05	5.39	19.25	4.78	-0.40	-0.04	0.69

Nota:

^a Las mujeres obtuvieron mayores promedios que los varones en las siguientes facetas del NEO PI-R: n1, n3, n5, n6, o2, o3, o6, a2, a3 y a5.

^b Los varones obtuvieron mayores promedios que las mujeres en las siguientes facetas del NEO PI-R: e3 y e5.

^c Las facetas NEO PI-R: n1, n3, n5, n6, a3 y a5, que además de ser significativamente más altas en el género femenino, aparecen leve, pero significativamente relacionadas con los niveles de Depresión del BDI (ver Tabla 2).

* Son aquellas probabilidades asociadas a resultados que no suponen varianzas iguales en las muestras.

Las diferencias significativas ($p < .05$) entre géneros aparecen en negrita. Y en la mayoría de estas, según la *d* de Cohen, alcanzaron un tamaño del efecto pequeño (en negrita), sólo la faceta o6 Valores, alcanzó un tamaño del efecto medio.

Tabla 6
Comparación de subescalas de THARL según género en muestra chilena.

Subescalas	Mujeres		Varones		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
EPP	37.67	18.65	40.07	21.67	-1.21	429	-0.11	0.26
ENP	19.18	11.86	22.92 ^a	16.66	-2.61	426	-0.26	0.01
EPE	38.85	19.55	39.62	22.97	-.367	428	-0.03	0.77
ENE	18.48	11.86	24.18 ^a	17.74	-3.79	428	-0.37	< .001

NOTA: EPP = Emociones Positivas a partir de Pensamientos, ENP = Emociones Negativas a partir de Pensamientos, EPE = Emociones Positivas a partir de Experiencias de la vida real, ENE = Emociones Negativas a partir de experiencias de la vida real.

^a Los varones presentaron mayor promedio en ENP, así como también en la subescala ENE. En ambos casos, de acuerdo a la DE, la mayor dispersión de puntajes también la obtuvieron los varones.

Las diferencias significativas entre género ($p < .05$), aparecen en negrita, así como el tamaño del efecto, en este caso pequeño.

Tabla 7
Comparación de factores del Test de PULES según género en muestra chilena.

factores	Mujeres		Varones		<i>t</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
IEN	154.13 ^a	32.76	123.89	43.10	8.06	0.79	< .001
FSN	77.98	20.06	82.49	30.82	-1.76	-0.17	.08
IEP	189.56 ^a	33.79	163.63	57.45	5.52	0.55	< .001
FSP	129.05	37.22	121.90	43.02	1.82	0.18	.07

Nota: IEN= Intensidad de Emociones Negativas, FSN= Frecuencia de Sucesos Negativos, IEP= Intensidad de Emociones Positivas, FSP= Frecuencia de Sucesos Positivos.

^a Las mujeres obtuvieron promedios significativamente más altos que los varones, tanto en IEN, como en IEP; en el primer factor el tamaño del efecto fue grande, mientras que en el segundo obtuvo un tamaño del efecto mediano (ambas *d* en negrita)

Las diferencias significativas ($p < .05$) aparecen en negritas.

Tabla 8
Comparación de niveles de Depresión (BDI) entre Géneros en muestra chilena.

	Mujeres		Varones		<i>t</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
BDI	8.47 ^a	7.01	7.04	6.13	2.26	0.21	0.01

Nota: BDI= niveles de depresión.

^a Las mujeres (N=188), presentan significativamente un mayor promedio de niveles de depresión en relación a los varones (N=244), así como también una mayor variabilidad en sus respuestas. El tamaño del efecto fue pequeño, según la *d* de Cohen.

La diferencia significativa $p \leq .05$.

Respuesta a la H2. De acuerdo a los datos anteriormente presentados, se cumple la hipótesis 2, pues sí existen diferencias de género respecto a las características emocionales de la personalidad y a las circunstancias de vida emocional en la muestra chilena.

H₃ En esta muestra, el factor de Personalidad Neuroticismo de los test de Personalidad, se distingue significativamente por género y se asocia a una mayor vulnerabilidad a la depresión y a Personalidad Límite

Tabla 9:
Correlación entre factores del EPQ-R y Género en muestra chilena.

Factores EPQ-R	<i>r</i>	<i>R</i> ²	<i>p</i>
N	-0.23	0.05 ^a	<.001
E	0.17	0.03	<.001
P	0.05	0.00	0.26
S	0.15	0.02	< .001

Nota: N= Neuroticismo, E= Extraversión, P= Psicoticismo, S= Sinceridad.

Los factores de personalidad del EPQ-R que están relacionados con el género son: Neuroticismo, Extraversión y Sinceridad, debido a que la significación es inferior al 5%.

^a El coeficiente de determinación más alto corresponde a $R^2 = .05$, del factor Neuroticismo del EPQ-R, que significa que sólo un 5% de la varianza de la variable Género es explicada por la variación del nivel de Neuroticismo del EPQ-R.

Los resultados significativos ($p < .05$) aparecen en negrita.

Tabla 10
Correlación entre Neuroticismo del EPQ-R y Factores del test STQ en muestra chilena.

Variables de STQ	<i>r</i>	<i>R</i> ²	<i>p</i>
P. Esquizotípica	0.50	0.25	<.001
P. Límite	0.49	0.24	<.001

NOTA: Los coeficientes de determinación (R^2) indican que:

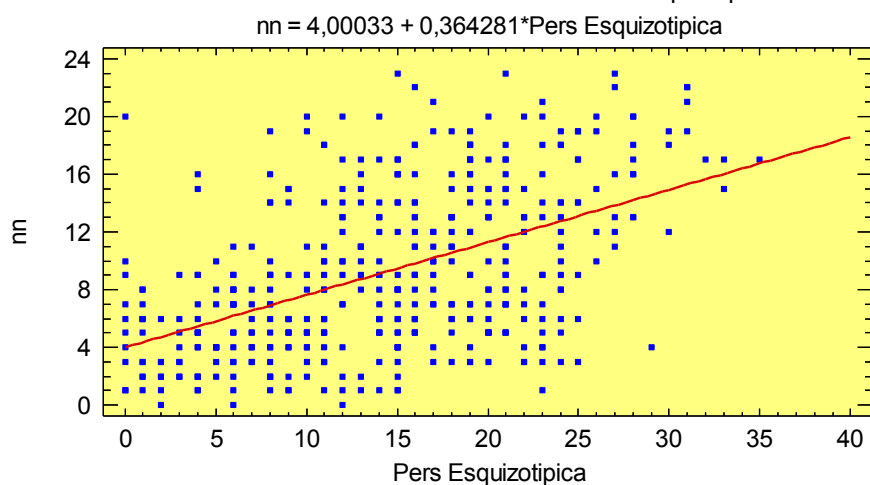
- El 25% de la varianza del nivel de Neuroticismo del EPQ-R es explicado por la variación del grado de personalidad esquizotípica y
- El 24% de la varianza del nivel de Neuroticismo del EPQ-R es explicado por la variación del grado de personalidad límite.

De acuerdo a la significación se puede afirmar que estas relaciones señaladas poseen un escaso margen de error, ya que el nivel de significancia es menor al establecido.

Nivel de significación $p < .05$, en negrita.

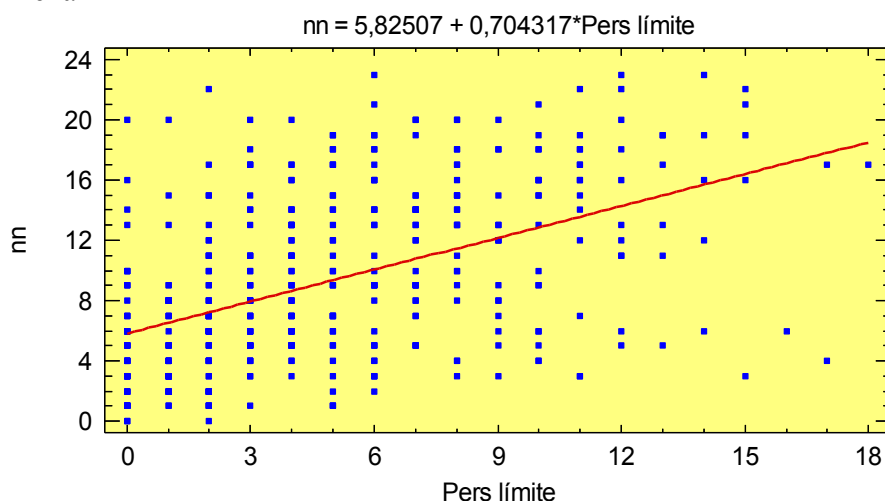
En los siguientes gráficos se muestra la recta de regresión que mejor ajusta los datos.

Gráfico 3: Neuroticismo del EPQ-R v/s Personalidad Esquizotípica del STQ en muestra chilena



Se aprecia una nube dispersa de puntos, pero aun así es posible visualizar una tendencia de los puntos alrededor de la recta, lo que evidencia la existencia de un grado de asociación positiva entre el Factor Neuroticismo del EPQ R y Personalidad Esquizotípica del STQ.

Grafico 4: Neuroticismo del EPQ-R v/s Personalidad Límite del STQ en muestra chilena



En esta ocasión se puede apreciar una nube algo más dispersa de puntos, sin embargo igual que en el gráfico anterior es posible visualizar una tendencia de los puntos alrededor de la recta, revelando así la existencia de un grado de asociación positiva entre el Factor Neuroticismo del EPQ R y Personalidad Límite del STQ.

El modelo obtenido, considerando los dos factores es el siguiente

$$nn = 4,09562 + 0,226858 * \text{Pers Esquizotípica} + 0,386948 * \text{Pers límite}$$

Este modelo nos indica que, cuando la Personalidad Esquizotípica aumenta una unidad, el Neuroticismo del EPQ-R aumenta en 0,226858 unidad. En el caso de aumentar en una unidad la Personalidad Límite, el Neuroticismo del EPQ-R aumenta en 0,386948 unidad.

Tabla 11

Correlación entre Factor Neuroticismo del NEO PI-R y Factores del test STQ en muestra chilena

STQ	<i>r</i>	<i>R</i> ²	<i>p</i>
P. Esquizotípica	0.45	0.20	<.001
P. Límite	0.43	0.19	<.001

NOTA: Los coeficientes de determinación indican que:

-El 20% de la varianza del nivel de Neuroticismo del NEO PI-R es explicado por la variación del grado de personalidad esquizotípica del STQ.

-El 19% de la varianza del nivel de depresión es explicado por la variación del grado de personalidad límite del STQ.

De acuerdo a la significación se puede afirmar que el nivel de Neuroticismo del NEO PI-R está relacionado significativamente con la Personalidad Esquizotípica y con la Personalidad Límite del STQ, aunque en un porcentaje muy bajo de acuerdo al coeficiente de determinación.

Nivel de significancia $p < .05$

En resumen la hipótesis 3 se confirma debido a que en la muestra chilena, el factor de Personalidad Neuroticismo de los test de Personalidad, sí se distinguió significativamente por género (ver Tabla 3 y 4) y se asocia a una mayor vulnerabilidad a la depresión (ver Tabla 1 y 2) y a la Personalidad Límite (ver Tabla 11).

6.2 Resultados en la muestra de España

H₁ Los test de personalidad, en la medida que miden características emocionales y circunstancias de vida emocional del individuo, serán predictores de depresión en la muestra española.

Tabla 12

Correlación entre puntuaciones del BDI y factores del test EPQ-A en muestra española.

Factores de personalidad	<i>r</i>	<i>R</i> ²	
N	0.50	0.25	0
E	-0.13	0.02	0.03
P	0.19	0.03	<.001
S	-0.10	0.01	0.11

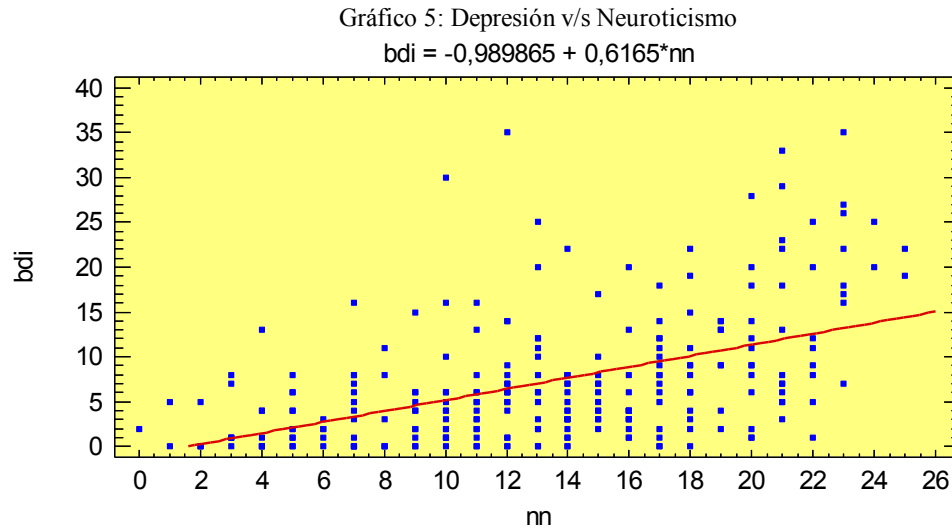
Nota: N= Neuroticismo, E= Extraversión, P= Psicoticismo y S= Sinceridad.

En la muestra española (n=259) los factores que están relacionados con la depresión son: Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo.

El coeficiente de correlación más alto corresponde a $R^2 = 0,25$ del factor Neuroticismo, que significa que el 25% de la variación del nivel de depresión del BDI es explicada por la variación del nivel de Neuroticismo del EPQ-A.

Nivel de significancia $p < 0,05$, en negrita.

En el siguiente gráfico de dispersión se muestra la recta que mejor ajusta los datos.



Al realizar la regresión múltiple, considerando las variables que están relacionadas con la depresión, se obtiene el siguiente modelo

$$BDI = -0,163677 + 0,593094*nn - 0,11383*ee + 0,352498*pp$$

Los coeficientes del modelo se interpretan de la siguiente manera.

- (0,593094) Si el nivel de neuroticismo aumenta en una unidad, el nivel de la depresión aumenta en 0,593094 unidad.
- (-0,11383) Si el nivel de extraversión aumenta en una unidad, el nivel de la depresión disminuye en 0,11383 unidad.
- (0,352498) Al aumentar el nivel de psicoticismo en una unidad, el nivel de depresión aumenta en 0,352498 unidad.

Tabla 13

Correlación entre puntuaciones del BDI y facetas de personalidad del test NEO-PI en muestra española.

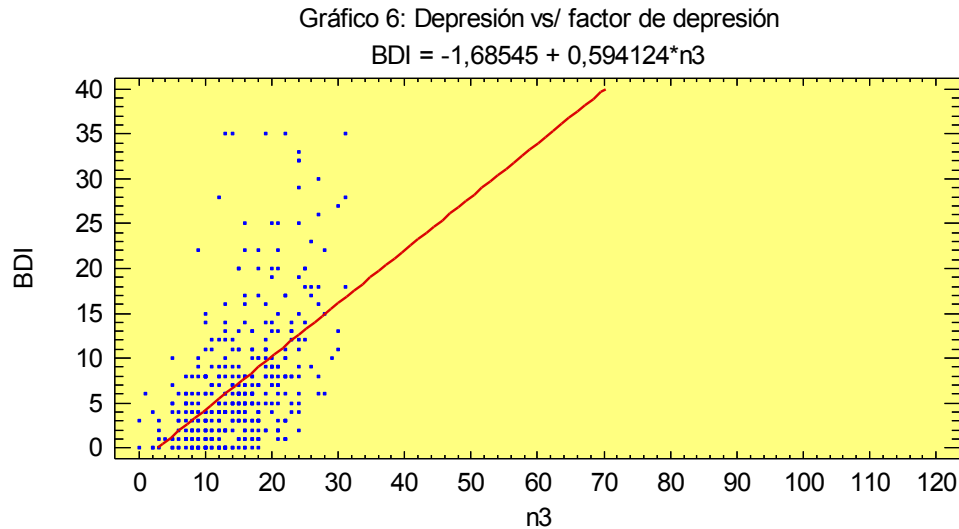
Facetas de personalidad	<i>r</i>	<i>R</i> ²	<i>p</i>
n1 ansiedad	0.36	0.13	<.001
n2 hostilidad	0.37	0.13	<.001
n3 depresión	0.51	0.26	<.001
n4 autoconciencia	0.32	0.10	<.001
n5 impulsividad	0.09	0.01	0.09
n6 vulnerabilidad	0.39	0.15	<.001
e1 cordialidad	-0.31	0.10	<.001
e2 gregarismo	-0.20	0.04	<.001
e3 asertividad	0.16	0.03	<.001
e4 actividad	-0.05	0.00	0.31
e5 buscador de emociones	-0.11	0.01	0.04
e6 Emociones positivas	-0.43	0.19	<.001
o1 fantasía	0.05	0.00	0.35
o2 estética	-0.04	0.00	0.47
o3 sentimientos	-0.12	0.01	0,02
o4 acciones	-0.25	0.06	<.001
o5 ideas	-0.13	0.02	0.10
o6 valores	-0.19	0.04	<.001

Nota: Los resultados incluidos en la tabla indican que la depresión según del BDI está relacionada significativamente con las siguientes facetas del NEO-PI de la muestra española (N= 395): n1 (ansiedad), n2 (hostilidad), n3 (depresión), n4 (autoconciencia), n6 (vulnerabilidad), e1 (cordialidad), e2 (gregarismo), e3 (asertividad), e5 (Buscador de emociones), e6 (Emociones positivas), o3 (Sentimientos), o4 (acciones) y o6 (valores).

De acuerdo a lo esperado, la faceta de personalidad depresión (n3) del NEO PI explica el 26% de la varianza del nivel depresión según el BDI. Y esto se entiende porque altas puntuaciones en esta faceta dicen relación con emociones asociadas a la depresión, como la tendencia a experimentar sentimientos de culpa, melancolía, desesperanza y soledad, son personas que se desaniman con facilidad y frecuentemente parecen abatidos.

Nivel de significancia $p < 0,05$ marcado en negrita.

Al realizar la regresión para este factor se obtiene el siguiente gráfico de dispersión, donde se muestra la recta que mejor ajusta los datos.



El modelo de regresión múltiple al considerar los puntajes del subfactor de personalidad n3 (depresión) del NEO- PI relacionados con los puntajes de depresión del BDI es el siguiente:

$$\begin{aligned}
 BDI = & 8,23523 + 0,0373128 \cdot n1 + 0,183659 \cdot n2 + 0,371354 \cdot n3 - 0,0875031 \cdot n4 + \\
 & 0,126773 \cdot n6 \\
 & - 0,0586679 \cdot e1 - 0,0979587 \cdot e2 + 0,0679872 \cdot e3 + 0,130912 \cdot e5 - \\
 & 0,323319 \cdot e6 \\
 & + 0,0948418 \cdot o3 - 0,188969 \cdot o4 - 0,122738 \cdot o6
 \end{aligned}$$

Este modelo indica que si se produce un aumento de una unidad en el nivel del subfactor de personalidad n3 del NEO PI, el aumento del nivel de depresión en el BDI aumenta en 0,371354 unidad.

De acuerdo a estos resultados, se puede señalar que en esta muestra de sujetos españoles los test de personalidad en la medida que miden características emocionales y circunstancias de vida emocional del individuo, fueron predictores de depresión, especialmente el factor de Neuroticismo en el EPQ-A y el subfactor de Depresión (n3) en el NEO-PI.

H₂ Existen diferencias de género con respecto a las características emocionales de la personalidad y a las circunstancias de vida emocional en la muestra española.

Tabla 14: Comparación de factores del EPQ-A según género en muestra española.

Factores del EPQ-A	Mujeres		Varones		<i>t</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
N	14.23	5.58	10.51	5.64	5.54	0.66	<.001
E	12.42	4.26	12.22	4.24	0.38	0.04	0.70
P	2.28	2.15	3.12	2.66	-3.05	-0.47	<.001
S	12.44	4.37	12.35	5.06	0.16	0.01	0.87

Nota.: N= Neuroticismo, E= Extraversión, P= Psicoticismo, S= Sinceridad

De acuerdo al valor-P de la tabla 15, se puede decir que el nivel promedio de Neuroticismo de las mujeres (N= 289), es superior al de los varones (N=91), con un tamaño del efecto mediano. A la inversa ocurriría respecto al Psicoticismo, donde los varones puntúan significativamente más alto que las mujeres, con un tamaño del efecto mediano..

En el caso de la Extraversión y la Sinceridad se concluye que el promedio en mujeres y hombres no es significativamente diferente.

Nivel de significancia $p < 0,05$, en negrita

Tabla 15

Comparación de Factores de NEO- PI según género en muestra española.

Factores de personalidad	Mujeres		Varones		<i>t</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
N	^a 15.79	3.74	14.36	3.54	4.23	.39	<.001
E	18.78	3.68	18.60	2.96	0.56	.05	0.57
O	^a 20.02	3.29	18.90	3.24	3.69	.34	<.001

Nota.: N= Neuroticismo, E= Extraversión, O= Apertura a la Experiencia.

^a Las mujeres (N=329), presentaron un promedio significativamente mayor a los varones (N=183) en el factor Neuroticismo (N) y Apertura a la Experiencia (O), alcanzando un tamaño del efecto pequeño en ambos factores.

Nivel de significancia $p < 0,05$, aparece en negrita.

Tabla 16
Comparación de facetas del NEO PI según género en muestra española.

Facetas de personalidad	Mujeres		Varones		<i>t</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
n1 Ansiedad	16.47	7.54	15.59	5.70	1.49	0.13	*0.13
n2 Hostilidad	12.57	4.47	12.30	4.35	0.66	0.06	0.51
n3 depresión	^a 16.16	8.22	13.76	6.07	3.76	0.33	*< .001
n4 Ansiedad social	^a 16.67	4.69	15.08	4.85	3.64	0.36	< .001
n5 Impulsividad	^a 17.71	4.50	16.69	3.73	2.75	0.25	*< .001
n6 Vulnerabilidad	^a 14.52	4.67	12.21	4.52	5.48	0.50	*< .001
e1 Cordialidad	^a 22.18	4.64	21.24	4.50	2.22	0.21	0.01
e2 Gregarismo	17.19	4.65	16.40	4.73	1.83	0.16	0.07
e3 Asertividad	15.79	4.29	^b 16.84	4.38	-2.65	-0.24	<.001
e4 Actividad	^a 18.57	4.13	17.56	4.06	2.66	0.24	<.001
e5 Búsqueda de emociones	16.54	4.76	^b 18.14	4.45	-3.72	-0.34	<.001
e6 Emociones Positivas	21.94	12.36	20.74	5.08	1.53	0.13	*0.13
o1 Fantasía	^a 20.49	5.81	18.60	5.49	3.60	0.33	<.001
o2 Estética	^a 20.64	5.46	18.46	5.58	4.30	0.39	<.001
o3 Sentimientos	^a 22.03	4.35	20.74	4.13	3.26	0.30	<.001
o4 Acciones	16.15	4.15	16.04	3.97	0.29	0.03	0.77
o5 Ideas	18.56	5.16	18.89	5.56	-0.68	0.06	0.50
o6 Valores	^a 21.59	4.27	20.17	4.42	3.54	0.33	<.001

Nota:

^a Las mujeres (n=329) obtuvieron mayores promedios que los varones (n=183) en las siguientes facetas del NEO PI: n3, n4, n5, n6, e1, e4, o1, o2, o3, o6. En todas estas se observó un tamaño del efecto pequeño, sólo se apreció un efecto medio en n6 (Vulnerabilidad).

^b Los varones obtuvieron mayores promedios que las mujeres en las siguientes facetas del NEO PI: e3 y e5.

^c Los subfactores NEO PI: n3, n4, n6, e1, e4, o1, o2, o3 y o6, además de ser significativamente más altos en el género femenino, aparecen leve, pero significativamente relacionados con los niveles de Depresión del BDI, siendo n3 el que más se relaciona (ver Tabla 13).

* Son aquellas probabilidades asociadas a resultados que no suponen varianzas iguales en las muestras.

Las diferencias significativas ($p < .05$) entre géneros aparecen en negrita. Y en la mayoría de estos, según la *d* de Cohen, alcanzaron un tamaño del efecto pequeño (en negrita), sólo el subfactor n6 Vulnerabilidad, arrojó un tamaño del efecto medio.

Tabla 17

Comparación de subescalas de THARL según género en muestra española.

	Mujeres		Varones		<i>t</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
EPP	39.60	17.82	42.32	16.43	-1.26	-0.16	0.21
ENP	29.19	17.12	25.65	11.62	1.81	0.24	0.07
EPE	39.78	18.37	42.08	17.19	-1.03	-0.13	0.30
ENE	28.235	17.04	25.63	13.26	1.31	0.17	0.19

NOTA: EPP = Emociones Positivas a partir de Pensamientos, ENP =Emociones Negativas a partir de Pensamientos, EPE =Emociones Positivas a partir de experiencias de la vida real, ENE =Emociones Negativas a partir de experiencias de la vida real.

En la tabla 17 se puede apreciar que no existen diferencias significativas entre mujeres (N=252) y varones (N=89) respecto de afectos positivos o negativos provenientes del pensamiento y de experiencias de la vida real, ya que los valores-P asociados a cada comparación supera el nivel de significancia establecido.

Nivel de significancia $p < 0,05$

Tabla 18

Comparación de factores del Test de PULES según género en muestra española.

factores	Mujeres		Varones		<i>t</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
IEN	^a 175.66	24.97	162.57	27.93	3.42	0.49	<.001
FSN	77.79	22.74	^b 90.53	23.76	3.79	-0.55	<.001
IEP	^a 198.73	25.34	187.85	28.13	2.81	0.41	<.001
FSP	141.98	27.67	137.89	28.69	1.00	0.18	0.32

Nota: IEN= Intensidad de Emociones Negativas, FSN= Frecuencia de Sucesos Negativos, IEP= Intensidad de Emociones Positivas, FSP= Frecuencia de Sucesos Positivos.

^a Las mujeres (N=91) presentaron mayor intensidad de emociones Negativas y Positivas, respecto de los varones (N=102), con un promedio significativamente mayor en ambas escalas. El tamaño del efecto en IEN fue mediano, mientras que en IEP fue pequeño.

^b Los varones superaron significativamente a las damas en el promedio de Frecuencia de Sucesos Negativos. Es decir, ellos manifestaron experimentar mayor cantidad de sucesos negativos. El tamaño del efecto de esta diferencia es mediano.

Las diferencias significativas ($p < .05$) aparecen en negritas.

Tabla 19

Comparación del nivel de Depresión (BDI), según género en muestra española.

	Mujeres		Varones		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
BDI	7.93	7.46	7.22	7.08	1.03	399	0.10	0.30

Nota:

En la Tabla 19 se aprecia, a partir de la comparación entre la totalidad de hombres (N=181) y mujeres (N=272) respecto del nivel de depresión, que no existe diferencia significativa, ya que el valor- P asociado (0,320034), supera el nivel de significancia previamente establecido ($p < 0,05$).

Considerando que existe un gran número de casos perdidos del test BDI debido a que no fue aplicado en la totalidad de la muestra española, se procedió a realizar una comparación de medias en cada una de las submuestras de la muestra total de España, excepto en la submuestra código 2, debido que en ella no se aplicó el instrumento que evalúa depresión.

Tabla 19.1

Comparación del nivel de Depresión (BDI), según género en submuestras españolas.

Submuestras	Mujeres		Varones		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
Cod. 1	9.52	8.63	5.46	5.23	3.15	137	0.57	< .001
Cod. 3	6.64	6.74	5.23	5.95	0.98	34.22	0.22	0.33
Cod. 4	7.88	6.84	8.60	7.88	-0.68	192	-0.10	0.50

Nota:

La muestra española estuvo conformada por muestras más pequeñas de otras investigaciones. De acuerdo a esto cada submuestra fue denominada con un código. En la tabla no se incluye la submuestra código 2 debido a que en esta no se aplicó el BDI.

En la tabla 19.1 se observa que la diferencia significativa entre hombres y mujeres en relación a los puntajes en el BDI se evidencia en la submuestra código 1 (N=139), que cumple con el nivel de significancia establecido ($p < .05$) y acusa un tamaño del efecto medio, ambos en negrita.

De acuerdo a las comparaciones anteriores se puede concluir que en la muestra de sujetos españoles, sí existe diferencia de género en características emocionales de la

personalidad, donde las mujeres presentan mayores puntajes en variables de personalidad como Neuroticismo (EPQ-A y NEO PI) y Apertura a la Experiencia (NEO-PI). Más específicamente mayores niveles que los hombres en: depresión (n3), Ansiedad Social (n4), Impulsividad (n5), vulnerabilidad (n6), Cordialidad (e1), Actividad (e4), Fantasía (o1), Estética (o2), Sentimientos (o3) y Valores(o6); mientras que los varones superaron significativamente a las damas en variables de personalidad como Psicoticismo (EPQ-A) y de manera más específica en algunas facetas (NEO-PI) de extraversión como (e3) Asertividad y (e5) búsqueda de emociones. En cuanto a circunstancias de vida emocional, no hubo diferencias de género en la cantidad de afectos positivos y negativos a partir del pensamiento o de la vida real, sin embargo sí hubo diferencias en cuanto a la Intensidad con que se experimenta las emociones, siendo las mujeres quienes experimentan con mayor intensidad tanto las emociones positivas como negativas, mientras que los varones mostraron tener tendencia a experimentar mayor frecuencia de eventos negativos, lo que se podría entender considerando que una vida de competencia y búsqueda de refuerzos positivos puede ser más dura para los varones.

H₃ En esta muestra, el factor de Personalidad Neuroticismo de los test de Personalidad, se distingue significativamente por género y se asocia a una mayor vulnerabilidad a la depresión y a Personalidad Límite

Tabla 20: Correlación entre factores del EPQ-A y Género en la muestra española.

Factores EPQ-A	<i>r</i>	<i>R</i> ²	<i>p</i>
N	-0,27	0,08	<.001
E	-0,02	0,00	0,70
P	0,16	0,02	<.001
S	-0,01	0,00	0,87

Nota: N= Neuroticismo, E= Extraversión, P= Psicoticismo, S= Sinceridad.

Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Los factores de personalidad del EPQ-A que están relacionados con el género son:

Neuroticismo y Psicoticismo, debido a que la significación es inferior al 5%.

El coeficiente de determinación en el Factor Neuroticismo, que en este caso es el que más explica, indica que el 8% de la variación del nivel de Neuroticismo es explicado por la variación del género. Y finalmente, cabe recordar de acuerdo los resultados de la Tabla 15 antes expuesta, que son las mujeres quienes presentan significativamente mayores niveles de Neuroticismo.

Los resultados significativos ($p < .05$) aparecen en negrita.

Tabla 21:

Correlación entre Neuroticismo del EPQ-A y Factores del test STQ en la muestra española

Variables de STQ	<i>r</i>	<i>R</i> ²	<i>p</i>
P. Esquizotípica	0,58	0,33	<.001
P. Límite	0,42	0,18	<.001

NOTA: Los coeficientes de determinación (R^2) indican que:

- El 33% de la variación del nivel de Neuroticismo del EPQ-A es explicado por la variación del grado de personalidad esquizotípica del STQ.
- El 18% de la variación del nivel de Neuroticismo del EPQ-A es explicado por la variación del grado de personalidad límite del STQ.

De acuerdo a la significación se puede afirmar que la característica de personalidad Neuroticismo del EPQ-A está relacionada con la Personalidad Esquizotípica y con la Personalidad Límite, en ese orden respectivamente. En cada una de estas relaciones el margen de error es muy escaso, ya que el nivel de significancia se ubica muy por debajo del establecido.

Nivel de significación $p < .05$, en negrita.

En los siguientes gráficos se muestra la recta de regresión que mejor ajusta los datos.

Gráfico 7: Neuroticismo (EPQ-A) v/s Personalidad Esquizotípica (STA- STQ)

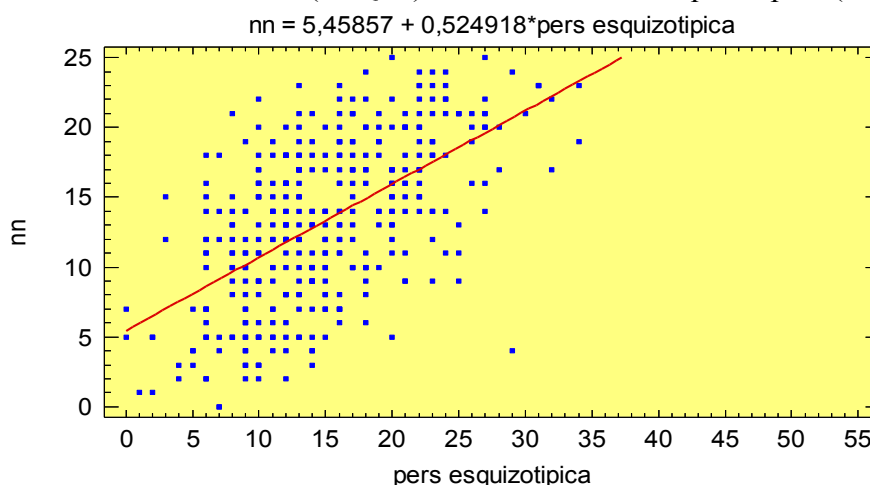
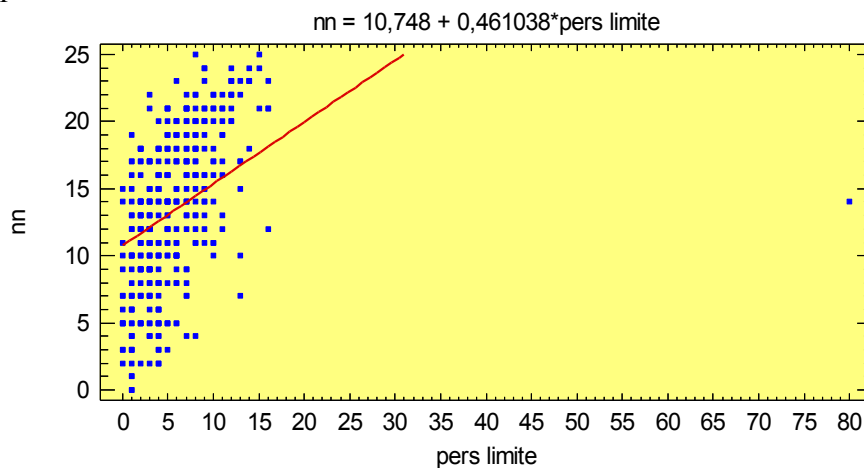


Gráfico 8: Neuroticismo (EPQ-A) v/s Personalidad Límite (STB- STQ) en muestra española.



El modelo obtenido, considerando los dos factores es el siguiente

$$nn = 5,52217 + 0,444233 * \text{pers esquizotípica} + 0,204923 * \text{pers limite}$$

Este modelo nos indica que cuando la personalidad esquizotípica del STQ, aumenta una unidad, el Neuroticismo del EPQ-A aumenta en 0,444233 unidad. En el caso de aumentar en una unidad la personalidad límite del STQ, el Neuroticismo del EPQ-A, aumenta en 0,204923 unidad.

Tabla 22

Correlación entre Neuroticismo del NEO PI y Factores del test STQ

	<i>r</i>	<i>R</i> ²	<i>p</i>
P. Esquizotípica	0,52	0,27	<.001
P. Límite	0,40	0,16	<.001

Nota: Los coeficientes de determinación indican que:

- El 27% de la variación del nivel de Neuroticismo del NEO PI, es explicado por la variación del grado de personalidad esquizotípica del STQ.
- El 16% de la variación del nivel de Neuroticismo del NEO PI es explicado por la variación del grado de personalidad límite del STQ.

De acuerdo al nivel de significancia establecido ($p < .05$) se puede afirmar que el factor de Neuroticismo del NEO PI está relacionado jerárquicamente, aunque en un porcentaje bajo, con la personalidad esquizotípica y con la personalidad límite del STQ.

En resumen la Hipótesis 3 se confirma debido a que el factor de personalidad Neuroticismo sí se correlacionó significativamente con el género, aunque en un porcentaje muy bajo, de acuerdo a resultados expuestos en la tabla 12, neuroticismo es el factor de personalidad que más se relaciona con depresión. Además de acuerdo a los dos test de personalidad aplicados a la muestra, el factor de neuroticismo se relacionó modestamente con la personalidad esquizotípica y luego con la personalidad límite, ambas del STQ.

6.3 Resultados muestras chilena y española.

Se unificaron en esta etapa, las muestras chilena y española, lo que fue posible considerando que se aplicaron los mismos instrumentos de evaluación. Dando la posibilidad de evaluar según género, sin distinguir el país del que provienen los sujetos.

H₁ Las mujeres presentan una mayor cantidad de respuestas emocionales negativas en comparación a los hombres.

Tabla 23
Comparación de factores de test de THARL en muestra chilena y española

THARL	Chile - España									
	Mujeres			Varones			<i>t</i>	<i>df</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
ENP (*)	439	24.92	15.89	330	23.66	15.49	1.109	717.81	.08	.27
ENE (*)	442	24.06	15.79	330	24.57	16.64	-.430	687.93	-.03	.67
EPP	441	38.78	18.18	331	40.68	20.39	-1.365	770	-.10	.17
EPE	440	39.39	18.87	331	40.28	21.57	-.613	769	-.043	.54

Nota: ENP= Emociones Negativas a partir de Pensamientos; ENE= Emociones Negativas a partir de experiencias de la vida real; EPP= Emociones Positivas a partir de Pensamientos; EPE= Emociones Positivas a partir de Experiencias de la vida real. (*) Las muestras no suponen varianzas iguales.

Si bien existen diferencias entre los puntajes medios de hombres y mujeres en las distintas variables de la escala de THARL, estas diferencias no son significativas entre género, considerando que todos los valores-*p* excedieron el nivel de significancia establecido, $p < .05$.

Tabla 24
Comparación de factores de test de PULES en muestra chilena y española

Pules	Chile - España									
	Mujeres			Varones			<i>t</i>	<i>df</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
IEN	282	161.12	31.99	352	135.24	43.01	8.410	632	0.68	<.001
FSN	283	77.84	20.93	352	84.81	29.10	-3.386	633	-0.27	.001
IEP	281	192.56	31.49	352	170.69	51.78	6.22	631	0.51	<.001
FSP	281	133.06	34.98	352	126.47	39.99	2.21	625.72	0.18	.028

(*)

Nota: IEN= Intensidad de Emociones Negativas; FSN= Frecuencia de Sucesos Negativos; IEP= Intensidad de Emociones Positivas, FSP= Frecuencia de Sucesos Positivos. (*) sin suponer varianzas iguales.

Se aprecian diferencias significativas entre géneros en tres de las cuatro subescalas de Pules. Las mujeres presentan puntajes mayores que los varones en Intensidad de emociones negativas y en Intensidad de emociones positivas con un tamaño del efecto

mediano en ambas. Mientras que los varones, puntúan significativamente por sobre las mujeres en Frecuencia de sucesos negativos, con un tamaño del efecto pequeño. Nivel de significación $p < .05$ en negrita.

Tabla 25

Comparación de niveles de depresión según BDI en muestra chilena y española.

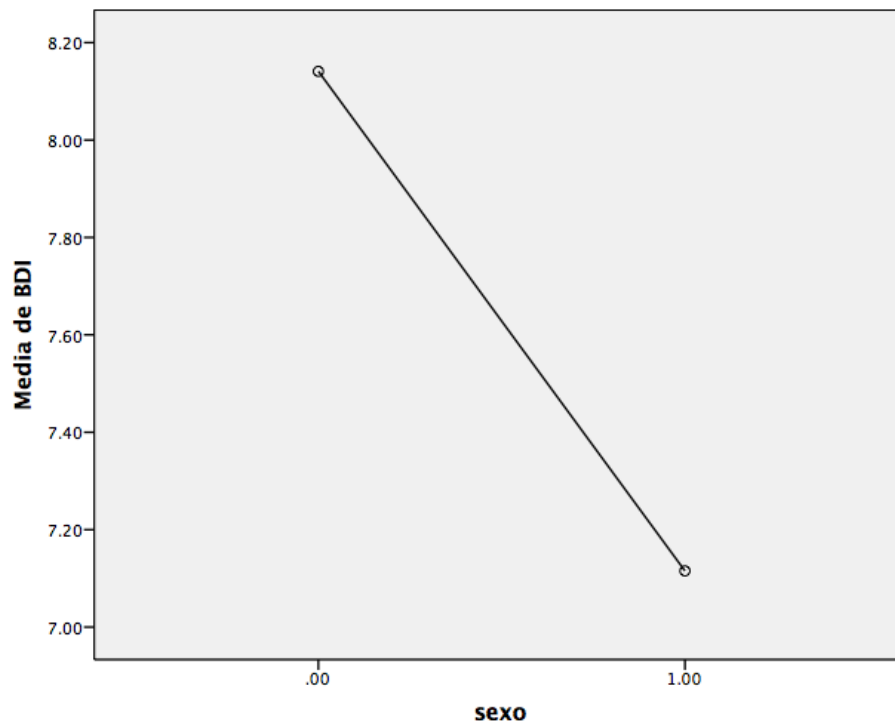
	Mujeres			Varones			Test de Levene		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>p</i>				
BDI	461	8.14	7.27	425	7.12	6.54	3.06	.081	1.64	883.50	0.15	.027

Nota: en esta comparación de hombre y mujeres en el test de depresión no se consideró la submuestra N2 de España, porque en esta no se aplicó este instrumento.

La prueba de Levene refiere que no se suponen varianzas iguales en ambos grupos. Por otra parte la prueba *t* para comparación de medias, acusa una diferencia significativa entre ambas muestras, aunque el tamaño del efecto es muy pequeño.

Nivel de significancia $p < .05$

Gráfico 9. Sexo v/s Depresión en muestra chilena-española.



Nota: Sexo: (.00)= Mujeres, (1.00)= Hombres.

En el gráfico se observa que las mujeres de la muestra chileno-española en su

conjunto presentan un mayor nivel ponderado de depresión en comparación a los hombres de las muestras de ambos países.

De acuerdo a estos resultados la Hipótesis 1 se confirma. Si bien la escala de THARL no arrojó diferencias significativas entre hombres y mujeres, la escala de PULES arrojó puntajes significativamente más altos para las mujeres en Intensidad de emociones negativas con un tamaño del efecto medio. Aunque también arrojó el mismo resultado (levemente más bajo en el tamaño del efecto) para la variable intensidad de emociones positivas. Sin embargo en comparación a los hombres efectivamente las mujeres puntúan más alto en BDI, test que mide niveles de depresión.

H₂ Existen diferencias entre las mujeres de la muestra chilena y española con respecto a las características emocionales de la personalidad. Así como su manifestación y a las circunstancias de vida emocional. Considerando que estarían moderados por el aprendizaje y la cultura.

En este trabajo, la posibilidad de comparar características emocionales de personalidad a partir del test NEO PI-R en muestra chilena y española, es viable gracias a la colaboración de Sanz y García-Vera (2009) quienes estimaron nuevos baremos para la adaptación española del inventario NEO revisado (NEO PI-R) a partir de datos normativos obtenidos de una muestra de voluntarios de población general española y cuyo sistema de muestreo coincide con el llevado a cabo en Chile. Para una mejor comprensión del análisis comparativo es necesario mostrar algunos estadísticos descriptivos de ambas muestras en relación a la edad y nivel educacional.

Tabla 26

Comparación muestra de mujeres chilenas y españolas (Sanz y García-Vera, 2009), según edad y nivel educacional.

	Chile					España					<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	Prueba de Levene		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>					
	<i>F</i>	<i>p</i>											
Edad	34.15	.000	190	29.41	10.64	390	41.51	14.04	11.53	478.27	<.001		
Educ.	105.53	.000	164	6.02	0.93	386	5.02	1.83	-12.73	531.70	<.001		

Nota: Educ.= nivel educacional

El valor de *p* asociado al estadístico de Levene tomó un valor lo suficientemente menor para rechazar la hipótesis de homogeneidad de las varianzas de las muestras de acuerdo al nivel de significación establecido ($p < .05$). Esta variabilidad se puede explicar a partir de las medias de la edad y nivel educacional en cada uno de los grupos. En promedio la muestra de mujeres españolas estaría conformada por personas de mayor edad y menor nivel educacional en comparación a las mujeres de la muestra chilena.

Tabla 27

Comparación de facetas del NEO PI-R entre mujeres de muestra chilena (n=189) y española (n=390)

	Chile		España		<i>t</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
(n1) Ansiedad	16.93	5.2	19.24	5.19	5.01	-0.44	.00
(n2) Hostilidad	12.50	4.8	12.81	4.7	0.74	-0.07	.46
(n3) Depresión	12.98	5.97	15.68	6.10	5.02	-0.45	.00
(n4) Ansiedad Social	14.05	4.87	15.97	5.12	4.30	-0.38	.00
(n5) Impulsividad	16.33	4.21	16.63	4.1	0.81	-0.07	.41
(n6) Vulnerabilidad	12.14	4.96	13.20	4.96	2.41	-0.21	.02
(e1) Cordialidad	21.40	4.83	22.22	4.40	2.04	-0.18	.04
(e2) Gregarismo	17.83	5.47	17.76	5.19	0.14	0.01	.88
(e3) Asertividad	17.61	5.27	14.67	4.81	6.68	0.58	.00
(e4) Actividad	17.26	4.38	18.56	4.63	3.22	-0.29	.00
(e5) Búsqueda de Emo.	16.22	4.74	12.86	4.94	7.78	0.70	.00
(e6) Emociones pos.	21.20	5.34	21.11	5.50	0.19	0.01	.85
(o1) Fantasía	18.60	4.92	17.65	5.24	2.09	0.19	.04
(o2) Estética	19.68	5.47	19.49	5.48	0.39	0.04	.70
(o3) Sentimientos	19.76	4.2	20.25	3.74	1.42	-0.13	.16
(o4) Acciones	16.20	3.85	15.56	4.14	1.78	0.16	.08
(o5) Ideas	18.34	5.55	16.57	5.58	3.59	0.32	.00
(o6) Valores	21.20	5.34	21.13	3.98	0.18	-0.29	.86
(a1) Confianza	18.99	4.61	20.26	4.46	3.18	-0.28	.00
(a2) Franqueza	18.47	4.69	20.34	4.45	4.66	-0.41	.00
(a3) Altruismo	21.85	5.06	23.01	3.83	3.07	-0.26	.00
(a4) Actitud conciliadora	16.83	5.14	18.00	4.50	2.79	-0.24	.00
(a5) Modestia	17.73	4.43	21.14	4.03	9.24	-0.80	.00
(a6) Sensibilidad	21.04	4.27	23.11	3.58	6.12	-0.52	.00
(c1) Competencia	20.27	4.34	20.18	4.0	0.25	0.02	.81
(c2) Orden	18.10	4.66	18.61	4.89	1.20	-0.11	.23
(c3) Sentido del deber	21.14	4.35	23.48	3.95	6.46	-0.56	.00
(c4) Necesidad de logro	20.94	4.52	20.00	4.28	2.43	0.21	.02
(c5) Autodisciplina	19.32	4.94	20.06	5.07	1.66	-1.94	.10
(c6) Deliberación	19.05	5.39	18.51	5.32	1.14	0.10	.25

Nota: Los baremos de la muestra española para el NEO PI-R fueron recogidos de Sanz y García-Vera (2009).

Las mujeres chilenas puntúan más alto en Asertividad (e3) y Búsqueda de emociones (e5), ambas con un tamaño del efecto medio. Mientras que las mujeres españolas puntuaron significativamente más alto en Depresión (n3), Modestia (a5), Sensibilidad a los demás (a6) y Sentido del deber (c3), en todas con un tamaño del efecto medio, excepto en Modestia, en la que alcanza un tamaño del efecto alto.

El nivel de significancia establecido es $p < .05$. Las diferencias estadísticamente significativas se muestran en negrita, así como también las medidas de tamaño del efecto medio y alto; y los promedios más altos asociados.

Tabla 28

Comparación de Factores del NEO PI-R entre mujeres de la muestra chilena (n=189) y de la muestra española (n=390)

	Chile		España		<i>t</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Neuroticismo	52.23	9.97	93.53	22.18	24.42	-2.40	<.0001
Extraversión	47.41	10.32	107.18	19.93	38.78	-3.77	<.0001
Apertura a la experiencia	46.85	9.87	110.65	19.5	42.41	-4.13	<.0001
Amabilidad	39.83	9.99	125.86	16.14	66.58	-6.41	<.0001
Responsabilidad	40.71	9.50	120.84	20.15	51.93	-5.09	<.0001

Nota: Los baremos de la muestra española para el NEO PI-R se obtuvieron de Sanz y García-Vera (2009). El nivel de significancia es $p<.05$ y las diferencias estadísticamente significativas se muestran en negrita.

De acuerdo a los resultados expuestos, la comparación de medias de los factores de personalidad del NEO PI-R en muestra chilena y española arrojan diferencias significativas con tamaños del efecto muy altos, que se relacionan con la heterogeneidad de la varianza de ambas muestras.

Tabla 29

Comparación de Factores del Test de SCL 90 –R entre mujeres de la muestra chilena (n=189) y de la muestra española (n=578) según País

	Chile		España		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
Som	11.34	8.77	0.83	0.79	16.55	199.28	1.7	< .001
Obs	8.99	6.75	1.13	0.75	15.99	203.39	1.64	< .001
Int	5.98	5.56	1.03	0.89	12.02	215.92	1.25	< .001
Dep	11.16	9.40	1.10	0.96	14.73	201.66	1.52	< .001
Ans	7.2	6.59	0.87	0.77	13.17	204.69	1.36	< .001
Hos	3.56	3.83	0.78	0.70	9.68	223.02	1.03	< .001
Fob	2.69	3.95	0.32	0.65	8.06	217.32	.84	< .001
Par	3.69	3.70	0.99	0.85	9.51	236.40	1.00	< .001
Psi	4.18	5.79	0.36	0.59	9.08	201.74	.9	< .001

NOTA: Som= Somatización, Obs= Obsesiones y compulsiones, Int=Sensitividad interpersonal, Dep= depresión, Ans= ansiedad, Hos= hostilidad, Fob= Ansiedad fóbica, Par= Ideación Paranoidea, Psi=Psicoticismo.

De acuerdo a los valores- p de la tabla 29 se aprecia que la muestra de mujeres chilenas poseen significativamente mayores niveles en la totalidad de las variables del test SCL-90-R, en comparación a la muestra española de mujeres. Por lo que las mujeres chilenas aparecen con mayores niveles de: Somatización, de rasgos obsesivos-compulsivos, mayor

sensitividad interpersonal, mayores niveles de depresión, de ansiedad, de hostilidad, de ansiedad fóbica, de ideaciones Paranoides, de rasgos psicóticos, así como mayores niveles en la Escala adicional, que refiere síntomas clínicos misceláneos.

Así también se puede observar por los valores de la desviación estándar asociada a cada muestra en cada una de las variables, que hubo una mayor dispersión de las respuestas en la muestra de mujeres chilenas en relación a la muestra española. De acuerdo a esto el programa estadístico no supuso varianzas iguales de ambas muestras. ya que éstas se comportaron de manera diferente.

Nivel de significancia $p < 0.05$

Tabla 30

Comparación de Nivel de habilidades sociales positivas y negativas (SPSS) entre mujeres de la muestra chilena y española.

	Chile		España		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>d</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>				
SPSSA	129.65	25.07	142.29	22.36	4.26	196.67	-0.5	.000
SPSSB	52.95	18.99	58.63	11.29	2.64	280	-0.3	.009

Nota: Chile, (N=191), España (N=91), SPSSA= Habilidades sociales positivas, SPSSB= habilidades sociales negativas.

La tabla muestra diferencias significativas entre las mujeres de ambas muestras. Las mujeres españolas presentan significativamente puntajes más altos en habilidades sociales positivas y negativas, estos resultados con un tamaño del efecto medio y pequeño respectivamente.

A continuación se exponen resultados del análisis de regresión, de correlación y explicación de la varianza de algunos factores emocionales de personalidad y de habilidades sociales que permiten caracterizar el perfil de personalidad más vulnerable a la depresión.

Tabla 31

Análisis de regresión del BDI con el género, algunos factores emocionales de la personalidad y habilidades sociales.

	<i>Valor estimado</i>	<i>Error Típico</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
BDI ← SPSSB	.55	.014	*	.15
BDI ← FSN	.72	.011	*	.27
BDI ← género	-1.77	.434	*	-.13
BDI ← THARLNEG	.038	.009	*	.16

Nota: SPSS B= Habilidades sociales negativas. FSN= Frecuencia de sucesos negativos de la Escala de PULES. THARLNEG= Factor compuesto por Emociones negativas a partir del pensamiento y emociones negativas a partir de la experiencia. BDI= Puntajes en el inventario depresión de Beck. *Nivel de significancia $p < .001$.

De acuerdo a esto se aprecian relaciones significativa, aunque no tan grandes, entre las variables expuestas con el BDI. La variable que más explica la variación de los puntajes de depresión del BDI, es la Frecuencia de sucesos negativos de la Escala de PULES en un 26%, luego el Factor compuesto por Emociones negativas a partir del pensamiento y emociones negativas a partir de la experiencia, después las Habilidades sociales negativas

y finalmente el sexo, que dio signo negativo, considerando que los códigos asignados a las mujeres es 0 y a los hombres el 1.

Tabla 32

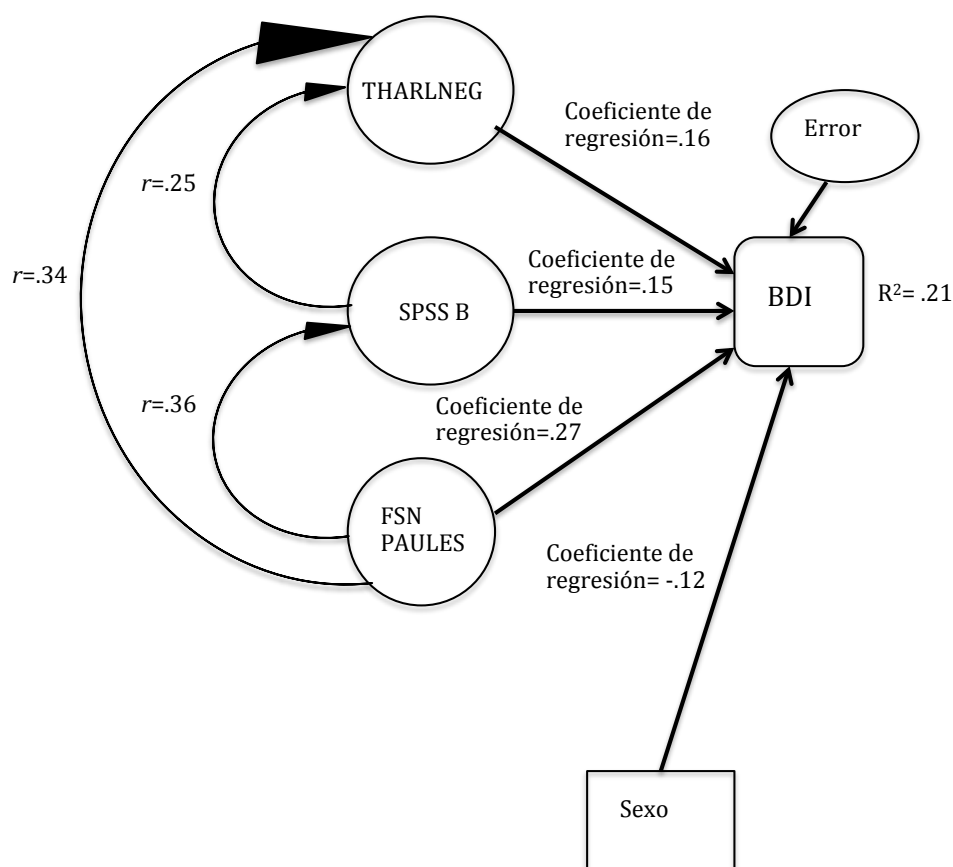
Correlaciones entre variables emocionales y habilidades sociales, asociadas a la depresión, presentadas en tabla anterior.

			<i>r</i>	<i>p</i>
SPSSB	↔	FSN	.356	*
FSN	↔	THARLNEG	.338	*
SPSSB	↔	THARLNEG	.246	*

Nota: SPSS B= Habilidades sociales negativas. FSN= Frecuencia de sucesos negativos de la Escala de PULES. THARLNEG= Factor compuesto por Emociones negativas a partir del pensamiento y emociones negativas a partir de la experiencia. * $p < .001$

Finalmente se optó por caracterizar a la mujer vulnerable a la depresión, a partir de las dos muestras originales, chilena y española. Con estos datos (ver tabla 30 y 31), tras el análisis de regresión, de correlación y explicación de la varianza de algunos factores emocionales de personalidad y de habilidades sociales, se obtuvo el siguiente esquema que representa el modelo que explica la mayor vulnerabilidad a la depresión.

Figura 2



Nota: THARLNEG= Factor compuesto por Emociones negativas a partir del pensamiento y emociones negativas a partir de la experiencia. SPSS B= Habilidades sociales negativas. FSN= Frecuencia de sucesos negativos de la Escala de PULES. BDI= Puntajes en el inventario de depresión de Beck. Las correlaciones entre los factores de personalidad son significativas de acuerdo al valor $p < .001$. Todos los valores de los coeficientes de regresión entre la variable BDI y los factores emocionales de la personalidad, son significativos de acuerdo a $p < .001$.

En este caso la variable sexo presenta una relación significativa con la presencia de depresión.

El diagrama muestra que el índice de depresión es explicado en un 20% por la variabilidad de los factores emocionales de la personalidad. De acuerdo a este modelo, el perfil de personalidad que se asocia a la depresión, es el de aquellas mujeres con tendencia a desarrollar más emociones negativas a partir de sus pensamientos y de las experiencias , así como con débiles habilidades sociales y la percepción de experimentar con mayor frecuencia eventos negativos.

7.- *Discusión y Conclusiones*

En el apartado anterior se dio respuesta a cada una de las hipótesis planteadas y, considerando que este trabajo pretende analizar la relación entre género, personalidad y depresión desde una perspectiva psicosocial (Matud, 2006), a partir del análisis de datos presentado en los resultados, se recopiló información respecto de las características de personalidad que se distinguieron entre hombres y mujeres y que se asociaron de manera significativa a mayores niveles de depresión. Se esperaba que estas características permitieran explicar la mayor vulnerabilidad de algunas mujeres a sufrir depresión, básicamente caracterizando un perfil psicológico a partir de rasgos de personalidad y de emocionalidad predominantes.

Es relevante considerar de acuerdo a los antecedentes expuestos inicialmente que las mujeres presentan casi el doble de la frecuencia de depresión que los hombres, esto a nivel mundial, sin reparar en diferencias de países y culturas. Esta situación se replicó parcialmente en este trabajo, ya que sólo en la muestra chilena las mujeres alcanzaron mayores niveles de depresión que los varones (tabla 8), mientras que en la muestra española, este resultado se replicó en el 34% de la muestra total (ver tabla 19 y 19.1), debido principalmente a que el test de depresión no se aplicó a toda la muestra. Además se debe recordar que los instrumentos fueron aplicados en población normal, lo cual representa una limitación para la generalización de los resultados. Aún así a partir de las hipótesis planteadas y los análisis de los datos fue posible evidenciar perfiles diferentes de personalidad y emocionalidad en cada una de estas muestras. Y a la vez se logró bosquejar más en detalle el perfil de la mujer que tiende a desarrollar estados de ánimo depresivo.

Sin embargo para mantener la coherencia al comentar los resultados, es necesario responder a los objetivos inicialmente planteados de manera separada en cada una de las muestras analizadas:

Inicialmente se planteó la intención de analizar diferencias de personalidad a partir del género de acuerdo al modelo de personalidad de Eysenck y del Modelos de personalidad de los Cinco Grandes , medidos en la muestra chilena con el EPQ-R y NEO PI R y en la muestra española con el EPQ-A y NEO PI respectivamente. Por lo que como se señaló antes no es factible la comparación entre muestras, aunque sí es posible referirnos a los resultados de manera descriptiva en cada una de ellas.

En la muestra chilena, según resultados del EPQ-R; las mujeres puntuaron más alto en el factor de personalidad Neuroticismo y los varones puntuaron más alto en Extraversión y en Sinceridad.

Estas diferencias encontradas en la muestra chilena según el género no se replicaron en el NEO PI-R. Porque a partir de este test las mujeres, si bien puntuaron más alto que los hombres en el factor Neuroticismo, la diferencia no fue significativa. Sin embargo sí se distinguieron en el factor Apertura a la Experiencia con un tamaño del efecto pequeño. Aunque de manera específica hubo facetas del factor de Neuroticismo del NEO PI-R que sí presentaron diferencias debido al género, las mujeres puntuaron significativamente más alto en: ansiedad, depresión, impulsividad y vulnerabilidad; en todas con un tamaño del efecto pequeño. Siguiendo el análisis de las diferencias alcanzadas dentro de las facetas del NEO PI-R, las mujeres también puntuaron significativamente más alto que los varones dentro del Factor de Apertura a la Experiencia en las facetas de Estética, Sentimientos y Valores, las dos

primeras con un tamaño del efecto pequeño y la última faceta con tamaño del efecto medio. En el factor Amabilidad destaca la faceta Modestia, donde las mujeres alcanzaron puntajes significativamente más altos que los hombres y con un tamaño del efecto medio.

Sin embargo en los varones chilenos sí se replicaron parcialmente los resultados obtenidos con el EPQ-R, ya que en el NEO PI-R también puntuaron significativamente más alto que las mujeres en Extraversión y además en el factor Responsabilidad. De manera específica dentro de Extraversión, puntuaron más alto en la faceta de Asertividad y Búsqueda de Emociones.

De acuerdo a estos resultados si existen diferencias de personalidad entre mujeres y hombres de muestra chilena, sin embargo estas diferencias no son similares de acuerdo a los dos modelos de personalidad trabajados: el de Eysenck y el de los Cinco Grandes; en el primero (Tabla 3) las mujeres presentan mayores características de personalidad asociadas al Neuroticismo, mientras que de acuerdo al segundo modelo (tabla 4) las mujeres, si bien presentan características asociadas al factor de Neuroticismo, se distinguen por la Apertura a la Experiencia. Y por su parte los varones chilenos sí se caracterizan por mayor Extraversión en ambos modelos de personalidad.

En la muestra española también se observaron diferencias de género a partir del EPQ-A: las mujeres obtuvieron mayores puntajes en Neuroticismo y los varones en Psicoticismo, ambos con un tamaño del efecto medio.

Y en el NEO-PI en las mujeres se replicaron los resultados obtenidos con el test anterior, ya que puntuaron nuevamente más alto que los varones en el factor Neuroticismo y también en Apertura a la Experiencia, en ambos casos con un

tamaño de efecto pequeño. De manera específica, dentro de Neuroticismo las mujeres españolas puntuaron más alto en las facetas de depresión, ansiedad, impulsividad y vulnerabilidad al estrés, sólo en esta última con un tamaño del efecto medio. Y dentro de la faceta de Apertura a la Experiencia las mujeres españolas alcanzaron altos niveles en las facetas de fantasía, sentimientos, estética y valores, en todas con un tamaño pequeño del efecto. También puntuaron significativamente más alto que los varones en dos facetas del factor Extraversión: Cordialidad y Actividad, con un tamaño del efecto pequeño. Mientras los hombres de la muestra española de acuerdo con el modelo de personalidad de Eysenck alcanzaron puntajes más altos en el factor Psicoticismo; en el NEO PI no se destacaron en ningún factor, aunque sí puntuaron significativamente más alto que las mujeres en las facetas de Asertividad y Búsqueda de Emociones, ambas del factor de Extraversión.

Por lo tanto en la muestra española a partir del modelo de personalidad de Eysenck y de los Cinco grandes, las mujeres aparecieron con más características asociadas al Neuroticismo y con Apertura a la experiencia. Mientras que los varones poseen un perfil de personalidad asociado directamente al Psicoticismo y de manera menos directa con el factor de Extroversión.

Ya establecidas estas diferencias de personalidad según género en ambas muestras, se pretendía evidenciar si estas características tenían algún grado de asociación con indicadores de mayor vulnerabilidad a la depresión. Para esto se procedió a correlacionar el indicador de depresión (BDI) con los test de personalidad aplicados en cada una de las muestras (EPQ-R y NEO PI R en Chile y EPQ-A y NEO PI en España).

En la muestra chilena el BDI correlacionó con tres factores de personalidad de EPQ-R, pero solo uno de ellos: Neuroticismo, explicó el 31% de la varianza de los niveles de depresión según el BDI (ver Tabla 1). Mientras en el NEO PI-R, los niveles de depresión del BDI correlacionaron significativamente más y como era de suponer con la faceta Depresión del factor Neuroticismo, sólo esta faceta explicó el 28% de la varianza de los niveles de depresión arrojados en el BDI.

Paralelamente en la muestra española el BDI correlacionó principalmente con el factor Neuroticismo del EPQ-A, que explicó el 25% de la variación de los niveles de depresión (ver Tabla 12). Y correlacionó principalmente con la faceta de Depresión del factor Neuroticismo del NEO PI, faceta que explicó el 26% de la varianza de los niveles de depresión del BDI.

De lo anterior se desprende que efectivamente existen características de personalidad que correlacionan con mayor vulnerabilidad a la depresión, en este caso es el factor de Neuroticismo, en ambas muestras.

Posteriormente se planteó, a partir de estos resultados corroborar al igual que en trabajos anteriores (Carrillo, Collado, Rojo y Staats 2006; Villanueva, 2008), que las tasas más altas de depresión en las mujeres se asociaban a un mayor aprendizaje de repertorios emocionales-motivacionales negativos.

En la muestra chilena, donde las mujeres puntuaron significativamente más alto que los varones en la variable depresión, se observó que los hombres, contrariamente a lo esperado, fueron quienes presentaron mayor frecuencia de emociones negativas a partir del pensamiento y también a partir de la mismas experiencias de la vida real en comparación a las mujeres (Tabla 6), aunque el tamaño del efecto de estos resultados fue pequeño. Sin embargo, a través del test de PULES (Tabla 7) las

mujeres chilenas demostraron experimentar tanto emociones negativas (con un tamaño del efecto grande), como positivas (con un tamaño del efecto mediano), con mayor intensidad en comparación a los hombres.

Paralelamente en la muestra española, a partir de la escala de THARL no hubo diferencia de género en la producción de emociones negativas o positivas a partir del pensamiento o de la vida real (tabla 17), sin embargo el test de PULES, al igual que en la muestra chilena evidenció que las mujeres españolas experimentaron tanto emociones negativas como positivas con mayor intensidad que los varones, mientras ellos refirieron tener la sensación de que experimentaban mayor frecuencia de eventos negativos (tabla 18).

De acuerdo a esto el cuestionamiento de si las mujeres son más vulnerables a sufrir depresión por un mayor aprendizaje de repertorios emocionales negativos, parece no cumplirse en esta ocasión según la escala de THARL (que hace referencia a estímulos que gatillan emociones), sino que se distinguieron de los varones en la Intensidad con que experimentan las emociones positivas y negativas, según la escala de PULES. Por lo tanto las mujeres que presentaron mayores tasas de depresión en comparación a los hombres (como se dio en la muestra chilena y parcialmente en la muestra española), demostraron experimentar con mayor intensidad cada una de las emociones que le producen los diferentes estímulos.

Y de alguna forma, considerando que esta característica se presentó de igual manera en la muestras chilena y española, podemos postular que tanto los estados de ánimo depresivos, como los ansiosos, que caracterizan al género femenino, constituyen más que un aprendizaje de respuestas emocionales frente a una gama de estímulos emocionales, un aprendizaje en relación a la expresión de las emociones, ya que la

mujer tiende a experimentar las emociones de manera más intensa, lo que podría explicar su mayor asociación con el rasgo Neuroticismo, que se caracteriza principalmente por la inestabilidad emocional (ya que experimentan con mayor intensidad tanto afectos positivos como negativos).

Al respecto cabe mencionar que desde el conductismo psicológico (PB) no se concibe un número tan grande de emociones, sino que se conciben dos clases de respuestas emocionales: las positivas y las negativas. Y cuando desde otras perspectivas enumeran otras muchas emociones, lo que se está haciendo probablemente es referirse a las emociones a partir de las diferentes situaciones estímulares y los diferentes tipos de conductas.; sin embargo siempre pueden ser catalogadas como respuestas emocionales positivas o negativas.

Vale la pena detenernos a analizar esto también desde otra perspectiva, como la de Eric Berne, quien entregó la base para el análisis transaccional en psicoterapia (Ersline, 2015). Él al igual que en el conductismo psicológico, reconoce el papel fundamental que cumple el aprendizaje en nuestra vida emocional. Refiere que si bien las primeras emociones auténticas son innatas, a través del aprendizaje estas son modificadas (ya sea reforzadas positivas o negativamente) y el resultado son las denominadas “emociones adquiridas”, que tienen directa relación con el proceso de adaptación del niño o niña a su entorno. Acá se entiende que la diferenciación emocional se asocia y depende estrechamente de los marcos de referencias y de las creencias familiares y culturales (Vázquez y Francic, s/f). Esto queda claro al comparar la intensidad y duración de la expresión emocional que puede existir entre la cultura japonesa y la latina. Lo mismo, pero a escala menor, puede ocurrir entre una familia y otra, donde se refuerzan roles diferentes para hombres y mujeres.

Por lo tanto así como en el conductismo psicológico (PB), Berne también observó que la educación modifica las emociones cualitativamente, esto quiere decir que en el proceso de aprendizaje si se presenta una emoción inaceptable, prohibida o ignorada en un marco familiar ésta será sustituida por otra respuesta emocional aceptada o al menos reconocida. De acuerdo a esto, el que las expresiones emocionales fueran más intensas en el género femenino, se puede explicar por posibles similitudes en ambas culturas, donde se les refuerza a las mujeres, desde pequeñas a expresar con mayor intensidad sus emociones, se les “permite” ser más expresivas, demostrativas en cuanto a su sentir; lo que unido a la tendencia depresiva, podría explicar la mayor vulnerabilidad del género femenino a los cuadros depresivos (Vázquez y Francic, s.f.). Cabe mencionar que desde el conductismo psicológico se entiende que el entorno o el medio ambiente vital, asociado a los Repertorios básicos conductuales (RBC) de la mujer (dentro de los cuales se encuentra el responder con mayor intensidad a los estímulos emocionales negativos y positivo), pueden producir un estado de disforia y depresión si se genera algún evento que se evalúe negativamente, retroalimentando así al medioambiente . Lo anterior generará finalmente un círculo vicioso ya mencionado (Figura 1), conformado por pérdidas o cambio negativos en el ambiente, más respuestas emocionales negativas que si se hacen más frecuentes llegan a producir un Estado emocional negativo, el que se caracteriza por una mayor estabilidad en el tiempo, como es la depresión.

Por otra parte no se puede descartar el factor constitucional, considerando que desde la perspectiva del Conductismo Psicológico (PB), todo nuestro aprendizaje está mediado por el factor biológico (Staats, 1997, pág. 225)

El cuarto objetivo específico planteado tenía relación con la posibilidad de replicar estudios anteriores, como el de Avia et al. (1995) donde se encontró una relación positiva y significativa entre el factor de personalidad Neuroticismo (del NEO PI) con los niveles de depresión (BDI) y con rasgos de personalidad esquizotípica (STQ). En este trabajo, también se dio esta relación, incluso a partir de la utilización de instrumentos distintos en sus versiones.

En la muestra chilena además de que se encontró una relación significativa entre el Factor de Neuroticismo (EPQ-R) y el género, aunque con un nivel de determinación muy pequeño (ver Tabla 9), el factor Neuroticismo del EPQ-R explicó el 31% de la varianza de los niveles de depresión (ver Tabla 1) y todas las facetas de Neuroticismo del NEO PI-R también se correlacionaron significativamente con niveles de depresión, siendo la faceta de depresión la que más explica la variación de los puntajes del BDI (ver tabla 2). Finalmente el factor de Neuroticismo, a partir de los test de personalidad utilizados se correlacionó positiva y significativamente con Personalidad esquizotípica y límite (ver tabla 10 y 11) en la muestra chilena.

Por otro lado, en la muestra española también se evidenció una mayor asociación del factor Neuroticismo con el género femenino; si bien el coeficiente de determinación es pequeño, su relación es significativa (ver tabla 20). Y como se mencionó anteriormente a partir de la Tabla 12, se pudo observar que existe una relación entre el factor Neuroticismo de EPQ-A y los niveles de depresión según el BDI. Y al igual que en la muestra chilena, en la muestra española casi todas las facetas del factor Neuroticismo del NEO PI (ver tabla 13), se asociaron de manera significativa a los puntajes de BDI; la mayor asociación la alcanzó con la faceta de depresión que explicó el 26% de la variación de los puntajes del BDI.

En cuanto a la posible relación del factor de personalidad Neuroticismo con la personalidad Esquizotípica a partir del análisis de regresión se encontró también una correlación significativa y positiva entre los rasgos de personalidades Esquizotípica y Límite del STQ, con el factor de Neuroticismo del EPQ-A y del NEO PI respectivamente (ver tabla 21 y 22).

En el quinto objetivo se pretendía a partir de aquellos test aplicados en ambas muestras y cuyas versiones fueron las mismas, establecer una comparación que aportara a la configuración del perfil psicológico con mayor vulnerabilidad a la depresión. Como se vio en el apartado Resultados, estos test fueron el BDI, la Escala de THARL, el test de PULES y el SCL-90. Y las comparaciones se hicieron entre mujeres y hombres, unificando las dos muestras trabajadas; chilena y española.

Tras esta aclaración, y como se mencionó anteriormente hombres y mujeres no presentaron diferencias significativas en lo que respecta a la generación de emociones positivas y negativas a partir del pensamiento o bien desde la vida real (tabla 23). Sin embargo sí se encontró que las mujeres puntuaron significativamente por sobre los hombres en cuanto a la Intensidad de emociones negativas y positivas con un tamaño del efecto medio en ambos casos (ver tabla 24). Además al trabajar a partir de las dos muestras se replicó el resultado esperado de acuerdo a los antecedentes, las mujeres puntuaron significativamente más alto que los varones en depresión, aunque con un tamaño del efecto pequeño.

De lo anterior se puede inferir que en general las mujeres presentan mayor tendencia que los varones a experimentar las emociones de manera más profunda, más intensamente, independiente de su valoración positiva o negativa, aunque hay una

mayor tendencia por parte de ellas a experimentar sentimientos depresivos en comparación a los hombres.

Hasta aquí no cambia la posibilidad de comparar características de personalidad entre la muestra chilena y española debido a la ya mencionada diferencia de instrumentos aplicados, sin embargo con el propósito de evidenciar si la mayor vulnerabilidad a la depresión obedece a conductas de aprendizaje a partir de la cultura, las cuales quedarían de manifiesto en las características de personalidad, se procedió a analizar comparativamente la muestra de mujeres chilenas y una muestra española distinta de la original, ya que en esta sí se aplicó la versión del NEO PI-R.; para este fin se contó con la colaboración de Sanz y García-Vera (2009), quienes facilitaron parte de la muestra (específicamente la femenina) con fines comparativos.

Como se apreció en la Tabla 27, existen diferencias de personalidad de acuerdo al NEO PI R entre mujeres chilenas y españolas. Las mujeres chilenas se caracterizaron por mayores niveles de asertividad y con niveles más altos aún en búsqueda de emociones (características que inicialmente se asociaron a los varones de la muestra chilena) ; mientras que las mujeres españolas se mostraron más depresivas, modestas, sensibles en sus interacciones y con moderado sentido del deber. Destacándose en ellas, sobre las otras características, la modestia (tabla 27).

Sin embargo, una gran limitación en esta comparación, es que aunque el tipo de muestreo en ambas investigaciones fue similar; tras el análisis de homogeneidad de la varianza según edad y nivel de estudios, no se encontró la homocedasticidad necesaria para confiar en los resultados de la comparación, lo que representa una gran limitación en este estudio (ver Tabla 28). Al respecto cabe señalar que las

mujeres de la muestra española tenían un mayor promedio de edad y menor nivel de estudios en relación a las participantes chilenas.

Ahora bien, a modo de respuesta a los cuestionamientos iniciales en cuanto a la personalidad como resultado de la relación del ambiente, con las características constitutivas biológico-genéticas, fue posible a partir de este modelo esquematizado apreciar el perfil psicológico de la mujer, basado en rasgos de la personalidad y características emocionales distintivas. De acuerdo a la perspectiva del Conductismo psicológico la depresión es un trastorno del ánimo y consecuentemente con los criterios diagnósticos del CIE -10 (OMS, 1992) y del DSM-IV (APA, 2000), se diferencia de un estado de ánimo debido a la estabilidad en el tiempo. No debe olvidarse que los rasgos de personalidad son características permanentes en las personas y es a partir de estos rasgos de personalidad y estilos emocionales, que las personas desarrollan un Estado Emocional; los cuales se distinguen como estados continuos, de al menos dos semanas de duración para el cuadro depresivo.

En cuanto a encontrar un perfil por país y cultura: en la muestra chilena es más vulnerable a la depresión la mujer que posee características asociadas al rasgo de Neuroticismo, con la inestabilidad emocional que caracteriza este rasgo y la tendencia a experimentar afectos depresivos, como los sentimientos de culpa, melancolía, desesperanza y soledad. Esta mujer se desanima pronto y es frecuente verla abatida, debido a su baja tolerancia al estrés. De acuerdo a la descripción del rasgo de personalidad, en el aspecto cognitivo se puede señalar que la mujer

depresiva desarrolla fácilmente ideas irracionales y se siente menos capaz de controlar sus impulsos.

Por otra parte la mujer española con tendencia a la depresión presenta características similares de personalidad que la descrita para la muestra chilena, pero predominando en ella dentro del rasgo de Neuroticismo, la vulnerabilidad al estrés. Esta mujer se siente incapaz de luchar contra el estrés, convirtiéndose en una persona dependiente, desesperanzada o incluso aterrorizada cuando se enfrenta a situaciones de emergencia.

De acuerdo a estos perfiles expuestos según las muestra de estos dos países diferentes, podría existir un factor cultural, basado en el aprendizaje, que modele cada perfil de manera específica, ya que si bien en ambos países las mujeres aparecen con un gran nivel de Neuroticismo, las mujeres chilenas puntuaron más alto en características más depresivas, mientras que las mujeres españolas puntuaron más alto en características de vulnerabilidad al estrés. Si bien este resultado no es concluyente respecto de la influencia de la cultura sobre la condición biopsicosocial de la persona, estos resultados marcan una tendencia distinta entre ambas muestras que sería conveniente profundizar más acabadamente en el futuro, ya que si bien a modo general las mujeres de ambas muestras impresionan con alto nivel de Neuroticismo, dentro de este factor las facetas son distintas.

En un trabajo anterior Villanueva (2008), a partir de una muestra española, pudo observar que las mujeres presentaron un amplio número de respuestas emocionales

negativas a una gran número de estímulos que las rodeaban, lo que explicaba su tendencia a la depresión a partir de un mayor repertorio de estímulos emocionales negativos. Esta vez y de acuerdo al análisis de la muestra de mujeres chilenas, la cual también presentó mayores niveles de depresión, no se encontró un repertorio más amplio de estímulos emocionales que explicaran la mayor vulnerabilidad a la depresión, sino que se encontró que la mujer chilena tiende a experimentar con mayor intensidad las emociones negativas y positivas. En la muestra de mujeres españolas se replicó este resultado (Tabla 7 y 18).

En este punto cabe señalar de acuerdo a los resultados expuestos (Tabla 6) que los varones de la muestra chilena sí presentaron un mayor repertorio de emociones negativas a partir del pensamiento y de la experiencia, sin embargo no presentaron mayores niveles de depresión (Tabla 8). Dentro de sus características de personalidad destacaron de manera significativa el ser Extravertidos, puntuando más alto en la Asertividad y el búsqueda de emociones, características de personalidad que dicen relación con un buen manejo de las relaciones interpersonales, con facilidad para la comunicación directa por lo que presentan tendencia al liderazgo. Además buscan experiencias novedosas, que los mantengan activos y estimulados como los ambientes con mucha gente y ruido. Por lo tanto, si el aprendizaje de los repertorios conductuales son los que definen las respuestas emocionales de las personas frente a una amplia gama de estímulos durante la vida y esto se relaciona estrechamente con la cultura en la que se crece (Escotet, 1981), en este trabajo se evidencia que aunque el hombre aprende más respuestas emocionales negativas frente a una amplia gama de estímulos emocionales, no llega a deprimirse, porque dentro de sus recursos

constitutivos está el exteriorizar sus emociones, a partir de la interacción con otros y del emprendimiento de actividades novedosas que lo mantienen estimulado y activo. Parece que factores como extraversión, búsqueda de emociones, acciones y habilidades sociales son factores que inmunizan contra la depresión y estos factores, habitualmente, se dan más frecuentemente en los hombres que en las mujeres.

Para resumir este punto: en el presente trabajo sí se encontraron diferencias específicas en las características emocionales de la muestra chilena y española. La mujer chilena presenta un perfil emocional marcado por la inestabilidad del Neuroticismo, con intensos rasgos depresivos. Si bien no presenta un amplio repertorio de estímulos emocionales, experimenta con gran intensidad las emociones positivas y negativas. Mientras que el hombre chileno aparece con un mayor repertorio de estímulos emocionales negativos, con características de personalidad más extrovertidas, específicamente más asertivo y experimentador de situaciones novedosas y estimulantes. En la muestra española la mujer si bien posee un perfil psicológico emocional caracterizado por el Neuroticismo, se destaca específicamente por la Vulnerabilidad al estrés y al igual que la mujer chilena no presenta un mayor repertorio de estímulos emocionales negativo, pero sí experimenta con mayor intensidad las emociones, independiente de su valor.

Respecto del aporte de este trabajo para confirmar la posible existencia de una red nomológica determinante del comportamiento de la depresión se corroboró al igual

que en estudios anteriores asociaciones de rasgos de personalidad como el Neuroticismo tanto con niveles de depresión, como con Personalidad Límite (Avia et al, 1994) en las muestras de los dos países trabajados. Aunque cabe mencionar que al correlacionar determinados factores de personalidad con el género, el Neuroticismo alcanzó un coeficiente de determinación muy pequeño. De esto, se debe entender que si bien en estas muestras trabajadas las mujeres presentaron más asociación al factor de Neuroticismo, no podemos concluir necesariamente una relación inversa. Es decir el Neuroticismo no es determinante del género. En otras palabras no porque existan en una muestra altos niveles de Neuroticismo, vamos a suponer que esta muestra está conformada principalmente por mujeres, puesto que, como se acaba de mencionar, el rasgo de personalidad Neuroticismo no es determinante del género.

De acuerdo a lo planteado por Eysenck (1990), en relación a las características emocionales que distinguen a las mujeres con mayor tendencia al Neuroticismo, en este trabajo se confirma su postulado: el factor Neuroticismo sí se distinguió más en las mujeres (relación significativa, pero con un tamaño del efecto pequeño) y se encontró en ella una tendencia a experimentar mayores niveles de depresión, por lo menos en la muestra chilena. Específicamente se confirmó que en este grupo existe mayor intensidad emocional negativa en sus reacciones, aunque sin necesariamente haber desarrollado una mayor percepción de eventos negativos.

Dado lo expuesto en esta discusión se puede llegar a la conclusión que la mayor prevalencia de las mujeres a desarrollar cuadros depresivos y también ansiosos (considerando que se caracteriza por conductas asociadas al Neuroticismo),

obedece a la tendencia que posee y que se evidenció en las muestras de ambos países, de experimentar las emociones con mayor intensidad. Por lo tanto en investigaciones futuras será interesante analizar este factor de intensidad de la respuesta emocional, visualizando si éste obedece a aprendizajes producto de la modelación del ambiente determinado por el factor contextual y cultural; o bien por factores constitucionales.

7.1- Limitaciones

- Como se mencionó en varias partes de este trabajo, una gran limitación para llevar a cabo un adecuado análisis comparativo entre muestras de distintos países fue no haber aplicado las mismas versiones de los test de personalidad. Sin embargo, este aspecto fue mejorado al introducir nuevas muestras con versiones equivalentes, como en el caso del NEO PI R.
- Otra limitación para la validez de los resultados, es que se trabajó a partir de población normal, lo que generó casos como el de España, donde las mujeres no presentaron en conjunto mayores niveles de depresión en comparación a los hombres.
- La muestra española fue conformada por muestras más pequeñas con otros objetivos de investigación inicial, lo que generó discrepancia en la aplicación de algunos test y consecuentemente afectando la cantidad de los resultados a analizar y la posible generalización de estos hallazgos.

8.- Referencias Bibliográficas

- Aguilar, A. , Tous, J.M., Pueyo, A. A (1990). Adaptación y estudio psicométrico del EPQ-R, *Anuario de Psicología* , N°46, 101-118. Recuperado de <http://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/viewFile/9351/12026>
- Aluja, A. y Blanch, A. (2003). Replicabilidad de los factores de segundo orden del 16PF-5 en muestras americanas y españolas. *Psicothema* 15(2), 309-314.
- Aragonés, B. E., Gutiérrez, P. M., Piñol, M. J., Mèlich, T. N., Folch, P. S., y Labad, A. A. (2003). Proyecto de investigación: prevalencia, expresión e impacto de los trastornos depresivos en atención primaria. [Versión electrónica]. *Aten Primaria*, 31(2), 120-125.
- Araya, B. R., Rojas, C. G. y Fritsch, M. R. (2000). Depresión y género en Santiago de Chile [Versión electrónica]. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina* 46 (4), 325-335. Abstract extraído el 1 de agosto, 2007 de la base de datos Portal de revistas Científicas de la Salud.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J. P., Mendlewicz, J. y Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. *European Archives Psychiatry of Clinical Neuroscience* 252, 201-209.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-IV. Washington, DC: Author, 1996 (Trad. Castellano, Barcelona: Masson).
- Avia, M. D., Sanz, J., Sánchez-Bernardos, M. L., Martínez-Arias M. R., Silva, F., y Graña J. L. (1995) The five-factor model-II. Relations of the NEO-PI with other personality variables. *Personality and Individual differences*, Vol 19, nº1, pp. 81-97. Doi:10.1016/0191-8869(95)00007-S

Avia, M.D., Sanchez-Bernardos, M. L (2004) Personality correlates of fantasy proneness among adolescents. *Personality and individual differences*. Vol. 37, pp 1069–1079. Recuperado de www.elsevier.com/locate/paid.

Banco Mundial (2015). *Chile Panorama general*. Recuperado el 23 de Mayo de 2015. recuperado de <http://www.bancomundial.org/es/country/chile/overview>

Barrientos, G. T., Martínez, A. S. y Méndez, R. I. (2004). Validez de constructo, confiabilidad y punto de corte de la Prueba de Síntomas Subjetivos de Fatiga en trabajadores mexicanos. *Salud pública México* ,46 (6), 516-523 . Extraído el 20 de agosto de 2007 de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000600006&lng=en&nrm=iso

Baumeister, H., Härter, M. (2007) Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* (42) 537-546

Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). The Psychological Corporation San Antonio. Extraído el 31 Julio, 2007 del sitio Web: <http://www.ct.gov/dmhas/LIB/dmhas/prevention/cyspi/BDI.IIdescription.pdf>

Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B. F., Emery, G. (2002) *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer

Belló, M., Puentes, R. E., Medina, M. M., Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México* 47 (1) 4-11. Extraído el 15 de Enero, 2008 desde http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2005/47_s1%20prevalencia.pdf

Trastornos del Estado de Ánimo. En BipFaes (Eds.), *Banco de instrumentos psicométricos BipFaes* (pp. 2-10, 55-78). Madrid: Editores.

Blanco, I. H. (2002, 20 de Junio). Depresión un mal moderno. Extraído el 10 de Agosto de 2007 del sitio web de Psicología científica.com
<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-166-1-depresion-un-mal-moderno.html>

Cáceres R. D., Montoya C. Z. y Ruiz, H. A. (2003) Intervención psicosocial para el incremento de la calidad de vida en pacientes con trauma craneoencefálico moderado a severo. *Revista Colombiana de Psicología*, 12, 60-72. Extraído el 10 de Agosto desde
http://www.humanas.unal.edu.co/publicaciones/publicaseriadas/psicologia/numero12/articulos_12/6_intervencion.pdf

Calvin, P. M. (2001). Género, salud mental y violencia. Jornadas Participativas del *Proyecto Equidad, Género y Reforma de la Salud en Chile, de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*, 2001. Extraído el 20 de mayo de 2007 de
<http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/mentalhealthandviolence.pdf>

Carrillo, J. M., Rojo, N., Sánchez-Bernardos, M. L. y Avia, M. D. (2001) Openness to Experience and Depression. *European Journal of Psychological Assessment* 17 (2), 130-136. Abstract extraído el 29 de Julio, 2007 de la base de datos Psycontent: <http://www.psycontent.com/abstracts/hh/jpa/2001/02/body-jpa1702130.html#fn1>

- Carrillo, J.M., Rojo, N. y Staats, A.W. (2004) Women and Vulnerability to depression: some personality and clinical factors. *The Spanish Journal of Psychology*, 7, 29-39
- Carrillo, J.M., Collado, S. Rojo, N. y Staats, A.W. (2006) El papel de las emociones positivas y negativas en la predicción de depresión: el principio de adición de las emociones en el Conductismo Psicológico. *Revista Clínica y Salud*. 17(3), 227-295. Recuperado el 8 de Septiembre de 2008, de la Base de datos Google Académico.
- Cattell, R. B., (1975). *16-PF Manual* (3° ed.) Madrid: TEA Ediciones.
- Chan, M. (2010). Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. World Health Organization. Extraído el 28-03-2015 desde: http://www.who.int/mentalhealth/policy/mhtargeting/development_targeting_mh_summary.pdf.
- Chico, E., y Tous, J. M. (2003) Estructura factorial y validez discriminante del listado de psicopatía de Hare revisado [Versión electrónica]. *Psicothema* 15 (4), 667-672.
- Chile, Ministerio de Salud (2013). *Guía Clínica AUGE. Depresión en personas de 15 años y más*. Serie Guías Clínicas MINSAL N° XX. Santiago: Autor.
- Chile, Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile y Universidad Alberto Hurtado (2010). *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud. Extraído de <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- Claridge, G. S. (1997). *Schizotypy: Implications for illness and health*. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press.

- Cochrane , R. (1992) Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental. En Álvaro, J. L., Torregrosa, J.R., Garrido A. (comps), *Incidencia de la depresión entre hombres y mujeres* (pp. 49-71) Madrid; Siglo Veintiuno de España Editores, SA.
- Coelhoa, R., Martinsb, A. y Barros H. (2002). Comprobación de los perfiles clínicos que relacionan el género y los síntomas depresivos entre adolescentes por el Inventario de Depresión II de Beck [Versión electrónica]. *Eur Psychiatry Ed. Esp.* 9, 529-533.
- Comeche M. M., Díaz G. M. y Vallejo P. (1995) Cuestionarios, inventarios y escalas: ansiedad, depresión y habilidades sociales. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Conde L.V., Franch V. J.(1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Valladolid : Departamento de psicología médica y de psiquiatría del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Valladolid.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1999) *Inventario de Personalidad Neo Revisado (NEO PI-R) Inventario Neo Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI). Manual Profesional*. Madrid: TEA Ediciones.
- Coyne, J.C., Fechner-Bates, S., y Schwenk, T. L. (1994). Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*, 16, 267-276.
- Cuadra, A. P., (1999). *Manual de análisis multivariado, una introducción intuitiva y conceptual basada en el SPSS*. Arica-Chile : Ediciones Universidad de Tarapacá.

- Davis, P. A., y Burns, G. L. (1999). Influence of emotional intensity and frequency of positive and negative events on depression. *European Journal of Psychological Assessment*, 15(2), 106.
- Devilly, G.J. (2004). Assessment Devices. Extraído el 1 de Junio, 2007, del sitio web de la Universidad de Swinburne, Facultad de Psicología Clínica y Forense: <http://www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/affect/bdi.html>
- Diccionario Galego. (s.f.). Extraído el 08 Agosto de 2007 del sitio web de la Xunta de Galicia, Conselleria de educación e ordenación universitaria: <http://www.edu.xunta.es/diccionarios/p/ListaDefinicion.jsp?IDXT=11131>
- DSM-IV (1994). Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales, (4º ed.). Washington DC: Asociación Psiquiátrica Americana
- Dua, J.K. y Carrillo, J.M. (1994). Escalas de pensamientos y experiencia de la vida real: determinando la relación entre afecto y salud. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 213-226.
- Eysenck, H..J. y Eysenck S.B.G., (2008) EPQ-R Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck. Madrid: TEA.
- Eysenck, H..J. y Eysenck, S.B.G (2000) EPQ Cuestionario de personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A). Madrid: TEA.
- Eysenck, H. J., y Eysenck, S. B. G. (1986). Manual del cuestionario de personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A). Madrid: TEA.
- Exteberria, I., Apodaca, P., Eceiza, A., Fuentes, M.J., Ortiz, M.J. (2003). Diferencias de Género en emociones y en conducta social en la edad escolar. *Infancia y Aprendizaje*. 26 (2) 147-161.
- Gempp F. R., Avendaño B. C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica* 26 (1), 39-

58. Extraído desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100004&script=sci_arttext

Gomara, P. J. (1994, Septiembre). R. B. Cattell y el 16-PF, Aproximación histórica, metodológica y conceptual. Extraído el 10 de Junio, 2007 de <http://www.terra.es/personals/itaka2002/documents/cattell16-pf.htm>

Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto, M. D., Gil, L., J., Rondón, S. M. y Díaz-Granados, N. (2004) Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública* 16 (6) 378-386. Extraído el 15 de Diciembre de 2007 desde http://journal.paho.org/?a_ID=294

Guibert R.W. y Alonso R.A.P., 2001. Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 17, (2), 155-163. Extraído el 23 de Julio de 2007 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Hernández S. B., Fernández, C. Baptista, (2010) *Metodología de la investigación*. Mexico: McGraw-Hill.

Hacker, T., Günter, K. (2010) Empirical Test of an Integrative Model Explaining Higher Prevalence of Subclinical Depression in Women: A Normative Sex-Role Orientation Approach. *Journal Of Applied Biobehavioral Research*. 15 (3), 144-160. Extraído el 13 de Julio de 2011 de base de datos PILOTS

Inglés, C.K. , Delgado, B. , Bautista, R. , Torregrosa, M.S. , Espasa, J.P. , García-Fernández, J.M. , Hidalgo, M. D. y García-López, L. J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes

españoles. *International Journal of Clínica and Meath Psychology*, 7 (2), 404-420. Extraído el 15 de Noviembre de 2007 desde <http://www.doaj.org/doaj?func=fulltext&passMe=http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33770210>

Jiménez G. F. (2002-2003). Curso Técnicas de Evaluación Psicológica. Extraído el 8 de Agosto, 2007 del sitio web de la Universidad de Salamanca, Facultad de Psicología:

<http://web.usal.es/~fjimenez/asignatura/PRACTICAS/fichastests.pdf>

Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Saxena, S., Sarraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 18 (4/5), 229–40. Extraído el 22 de Septiembre de http://publications.paho.org/spanish/01_ARTI_Kohn.pdf

Levene, H. (1960). In *Contributions to Probability and Statistics: Essays in Honor of Harold Hotelling*, I. Olkin et al. eds. Stanford University Press, pp. 278-292.

Lorea-Conde I., Molero P. (2015) *Implicaciones de los mecanismos epigenéticos en el desarrollo y tratamiento de los trastornos de la personalidad*. *Actas Esp Psiquiatr* 43(2):42-50. Extraído desde <https://scholar.google.cl/scholar> el 01 de Mayo de 2015

Lowe, M.R., y Cautela, J.R. (1977). A self-report measure of social skill. [resumen] *Behavior Therapy*. Vol (9), 4. pp. 535–544. Extraído desde <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789478801269>

- Lowe M.R., y D'Ilio V. (1985). Factor Analysis of the social performance survey schedule [resumen]. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. Vol. (7), 1. Extraído desde <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00961843>.
- Matud, M. P., Guerrero, K. y Matías R. G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 6 (1), 7-21. Extraído el 22 de Septiembre de 2007 desde http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-163.pdf
- Martínez, A. M., Hernández, L. M.V., Hernández, L. M. J.(2006). *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial S. A.
- McDonald, S., Tate, R. , Togher, L., Bornhofen, C., Long, E., Gertler, P., Bowen, R. (2008) Social skills treatment for people with severe, chronic acquired brain Injuries: a multicenter trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol89, 9, pp1648-1659Extraído desde http://ac.els-cdn.com/S0003999308004310/1-s2.0-S0003999308004310-main.pdf?_tid=5a805942-2fbe-11e5-89bb-00000aacb35e&acdnat=1437493211_f5f1b888d42dd45a4679eae706b07282
- McDougall, F. A., Kvaal, K., Matthews, F. E., Paykel, E., Jones, P., Dewey, M., Brayne, C. (Diciembre, 2007). Prevalence of depression in older people in England and Wales: the MRC CFA Study [Abstract]. *Psychological Medicine* 37, 1787- 1795

- Molina, M., Restrepo, F. M. y Rico, J. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia [Versión electrónica]. *Revista del Laboratorio de Psicometría* 3 (1). Abstract extraído el 27 de junio, 2007 de la base de datos Google Académico, 2007
- Montero, I., Aparicio, D., Gomez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J. y Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante [Versión electrónica]. *Gaceta Sanitaria* 18 (1), 175-181.
- Murakumi, J. (2002). Gender and depression: Explaining the different rates of depression between men and women. *Perspectives in Psychology* . Spring, 27-34.
- Núñez, M. A. y Alemán, Y. (2005). El 16-PF como instrumento psicométrico: Una revisión de literatura. Extraído el 07 de Junio de 2007 del sitio Web: <http://vidadigital.net/blogfolio/?pageid=23>
- O'Connor, B. P. (2002) The Search for Dimensional Structure Differences Between Normality and Abnormality: A Statistical Review of Published Data on Personality and Psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (4), 962-982. Extraído el 7 de Septiembre de 2008 de la Base de datos PsycArticles.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1992) *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Extraído el 12 Junio de 2007 de <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud (2002), 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13.13 del orden del día provisional, 11 de abril de 2002. *Salud mental: respuesta al llamamiento a favor de la acción*. Extraído el 10 de Junio de 2007 de https://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5518.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Suicide Prevention (SUPRE)*. Extraído el 10 de Marzo de 2008 desde http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/print.html

Organización Mundial de la Salud (2007, 10 de Septiembre). Día Mundial para la prevención del suicidio. Extraído el 10 de Marzo de 2008 desde <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2007/s16/es/index.html>

Patel, V. (2001) Cultural factors and international epidemiology. *British Medical Bulletin* 57, 33-45.

Patel, V., Simon, G., Chowdhary, N., Kaaya, S., y Araya, R. (2009). Packages of care for depression in low-and middle-income countries. *PLoS medicine*, 6(10), e1000159.

Pichardo, M. M., Fernández de Haro, E. y Amescua, M. J. (2002). Importancia del clima social familiar en la adaptación personal y social de los adolescentes. *Revista de psicología General y Social Aplicada* 55 (4), 575- 589.

Pilu, A., Sorba, M., Ardió M. C., Floris, A. L., Mannu, F. A., Seruis, M.L., Velluti, C., Carpinello, B., Salvi, M., y Carta, G. (2007). Efficacy of physical activity in the adjunctive treatment of major depressive disorders: preliminary results [Versión electrónica]. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*.

- Punset, E. (Director y presentador) (2012, Septiembre) Genes que regulan la personalidad [Programa: Redes]. España, Canal de señal abierta: La 2.
- Punset, E. (Director y presentador) (2012, Septiembre) Las bases genéticas de la ansiedad y la tristeza (Capítulo de REDES 234) [Programa: Redes]. España, en <https://www.youtube.com/watch?v=bdMaifGJet0>
- Reyes, G. W. y Roldan, A. A. (2001). Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas [Versión electrónica]. *Revista Cubana Médica Gen Integr* 17 (2), 155-163.
- Rivas D. R. (2014) *Personalidad y salud física/psicológica: estudio comparativo entre mujeres chilenas y españolas víctimas de violencia de género*. Tesis Doctoral, Departamento de personalidad, evaluación y Tratamientos psicológicos II, Universidad Complutense de Madrid.
- Rivera L. A., Caballero S. N., Pérez S. I., Montero L. M. (2013). SCL-90 R: Distrés psicológico, género y conductas de riesgo. *Universitas Psychologica* 12 (1), 105-118.
- Ruiz, A., Silva, H. y Miranda, E. (2001). Diagnóstico clínico y psicométrico de la depresión en pacientes de medicina general [Versión electrónica]. *Revista Médica de Chile* 6 (129).
- Ruiz, E., Salazar, I. y Caballo, V.E. (2012). Inteligencia emocional, regulación emocional y estilos/trastornos de personalidad. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 20, 2, pp. 281-304.

- Ruiz-Caballero, J. A., y Donoso-Cortés, C. (1999). Depresión y memoria autobiográfica congruente con el estado de ánimo [Versión electrónica]. *Psicothema*, 11 (3), 611- 616.
- Santos, D. P., Barretos, M. P., García, M. M. (2002) Variables Psicológicas del adicto a heroína: modificaciones en las mismas tras tratamiento residencial. *Psiquis*, 23 (5), 209-215. Recuperado el 8 de septiembre del 2008 de Base de datos Google Académico.
- Sanz, J. F., y Graña, G.J. (1991). Factores psicosociales y síntomas depresivos: el caso de la auto-observación [Versión electrónica]. *Psicothema*, 3 (2), 381-399.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318.
- Sanz, J. y García-Vera M.P.(2009) Nuevos baremos para la adaptación española del inventario NEO revisado (NEO PI-R): fiabilidad y datos normativos en voluntarios de población general. *Clinica y Salud*, 20 (2), 131-144.
- Squillace, M., Picon, J. J., Schmidt, J.(2013). Adaptación local del cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (Versión abreviada). *Evaluar*, 13. pp 19-37.
- Staats, A. W. (1997). *Conducta y personalidad, conductismo psicológico*. Bilbao, España: Desclée De Brower
- Staats, A.W. (1979). El conductismo social: Un fundamento de la modificación del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 11(1), 9-46.

- Silva, F., Avia, D., Sanz, J., Martínez-Arias, R., Graña, J., y Sánchez-Bernardos, L. (1994). The five factor model—I. Contributions to the structure of the NEO-PI. *Personality and Individual Differences*, 17(6), 741-753. Doi.10.1016/0191-8869(94)90043-4
- Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S., y Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista médica de Chile*, 141(10), 1275-1282. Recuperado en 31 de marzo de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001000006&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872013001000006.
- Vázquez M.A.M. y Francic P.A. (s.f). Las emociones.. Su evolución y finalidades psicobiológicas, Una mirada desde el Análisis Transaccional, la Gestalt y la Neuropsicología. Extraído desde <http://ucasal.academia.edu/MarioAlbertoManuelV%C3%A1zquez>
- Veiga de Cabo, J., Fuente D. E., Zimmermann V. M. (2008) Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. [Versión electrónica]. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 54 (210), 81-88. Extraído el 2 de Septiembre de la base de datos Scielo España. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es&nrm=iso. ISSN 0465-546X.
- Villanueva, S. C.(2008) *Personalidad, género y vulnerabilidad a la depresión*. (Tesis para optar a Diploma de Suficiencia Investigadora). Material no publicado.

Wei, L., Zhao, J. (2000) Study on personality, loneliness, and family environment factors of depressive patients. *Chinese Journal of Clinical Psychology*. 8 (4), 208-210

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu H.G., Joyce P.R., Karam, E. G., Lee, C.K., Lellouch, J., Lepine, J.P., Newman, S.C., RubioStipec, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H.U., Yeh, E. K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder [Resumen]. *Jama-Journal of the American Medical Association* 276 (4) 293-299.

World Health Organization (nd) *Mental Health, Depression*. Extraído el 11 de Julio de 2011 desde

http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

World Health Organization, WHO (2011) Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable Group. Extraído el 11 de Julio de 2011 desde www.who.com